

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**DIPLOMSKA NALOGA**

**TINA ŠUBIC**

**Izola, 2016**

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM**  
**FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**KOMUNIKACIJA S STAROSTNIKI Z  
ALZHEIMERJEVO BOLEZNIJO V  
INSTITUCIONALNEM VARSTVU**

**COMMUNICATION WITH ELDERLY PEOPLE WITH  
ALZHEIMER'S DISEASE IN INSTITUTIONAL CARE**

Študentka: TINA ŠUBIC

Mentorica: doc. dr. KATARINA BABNIK

Somentorica: DOROTEJA REBEC, mag. zdr. neg., viš. pred.

Študijski program: študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega

**Izola, 2016**

## *V spomin*

*Diplomsko nalogo posvečam pokojnemu atu Valentinu Šubicu, ki je bil moj navdih pri pisanju diplomske naloge. Že kot majhna punčka sem bila rada v njegovi družbi. Ata je bil legenda in za vedno bo v mojem spominu ostal kot velik človek. Vesela sem, da sem mu v času njegove Alzheimerjeve bolezni omogočila bivanje doma, poskrbela zanj do zadnjega trenutka in mu omogočila miren odhod na drugo stran. V tem času sva se še bolj zbližala, postala zaupnika, zaveznika in najboljša prijatelja.*



Vir: Osebni arhiv, dovoljenje za objavo slik so podali sinovi pokojnika

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana Tina Šubic izjavljam, da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;

- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP fakultete za vede o zdravju in
- se zavedam, da je plagiatorstvo po zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

## KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

<b>Naslov</b>	Komunikacija s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo v institucionalnem varstvu
<b>Tip dela</b>	Diplomska naloga
<b>Avtor</b>	ŠUBIC, Tina
<b>Sekundarni avtorji</b>	BABNIK, Katarina (mentorica) / REBEC, Doroteja (somentorica) / RAVNIK, David (recenzent)
<b>Institucija</b>	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
<b>Naslov institucije</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Leto</b>	2016
<b>Strani</b>	V, 41 str., 5 pregl., 1 pril., 62 vir.
<b>Ključne besede</b>	Alzheimerjeva bolezen, komunikacija, terapijska komunikacija, zdravstvena nega, starostnik
<b>UDK</b>	616.894:316.77
<b>Jezik besedila</b>	Svn
<b>Jezik povzetkov</b>	svn / eng
<b>Izvleček</b>	<p>Namen diplomske naloge je bil opisati proces komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem v enem izmed domov starejših občanov v Sloveniji in starostniki z Alzheimerjevo boleznijo. Zanimalo nas je, kateri dejavniki vplivajo na komunikacijo, kakšne so težave s katerimi se v komunikaciji s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo najpogosteje soočajo ter katere metode uporabljajo, da je sporazumevanje med njimi učinkovitejše. Uporabljena je bila kvalitativno-deskriptivna metoda raziskovanja. Za namen raziskave smo intervjuvali štiri srednje medicinske sestre in eno diplomirano medicinsko sestro. Prišli smo do ugotovitve, da je zaradi različnih vzrokov, kot so motnje spomina, težave z govorom in sluhom ter težave pri krajevni in časovni orientaciji, pogosto motena komunikacija. S pomočjo izvedenih intervjujev z udeleženkami smo ugotovili, da se vse intervjuvane medicinske sestre uspešno soočajo z ovirami in najdejo način uspešne komunikacije, saj že vrsto let delajo s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo.</p>

## KEY WORDS DOCUMENTATION

<b>Title</b>	Communication with elderly people with Alzheimer's disease in institutional care
<b>Type</b>	Graduation thesis
<b>Author</b>	ŠUBIC, Tina
<b>Secondary authors</b>	BABNIK, Katarina (mentor) / REBEC Doroteja (comentor) / RAVNIK David (reviewer)
<b>Institution</b>	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
<b>Post address</b>	Polje 42, 6310 Izola
<b>Year</b>	2016
<b>Pages</b>	V, 41 p., 5 tab., 1 ann., 62 ref.
<b>Key words</b>	Alzheimer's disease, communication, therapeutic communication, nursing care, elderly people
<b>UDK</b>	616.894:316.77
<b>Language</b>	Svn
<b>Abstract language</b>	svn / eng
<b>Abstract</b>	<p>The purpose of this thesis was to describe the process of communication between nursing care staff and the elderly suffering from Alzheimer's in one of the nursing homes in Slovenia. The main point of interest was the factors which affect communication and the communication difficulties which the elderly with Alzheimer's most often have to face. Furthermore, we were interested in the methods used to improve the communication between them. We used the qualitatively-descriptive method of research for the purpose of which we interviewed 4 nurses with secondary school education and one nurse with diploma. The research showed that different factors, e.g. memory dysfunction, speech and hearing impairments and local and temporal disorientation caused difficulties in communication. With the use of the interviews we came to a conclusion that all the nurses have been successful in coping with the obstacles and in finding the solutions for effective communication. After all they have been working with the elderly with Alzheimer's for a long time.</p>

## KAZALO VSEBINE

Ključne informacije o delu .....	I
Key words documentation .....	II
Kazalo vsebine .....	III
Kazalo preglednic .....	IV
Seznam kratic .....	V
1    Uvod .....	1
1.1 Alzheimerjeva bolezen .....	3
1.1.1 Klinična slika .....	4
1.1.2 Vpliv na družino starostnika, ki je zbolel za Alzheimerjevo boleznijo in vloga družine pri bolezni .....	7
1.1.3 Zdravstvena nega starostnika z Alzheimerjevo boleznijo .....	8
1.2 Komunikacija .....	11
1.2.1 Verbalna in neverbalna komunikacija .....	11
1.3 Komunikacija s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo .....	13
1.3.1 Komunikacijske težave, ki se pri starostnikih z Alzheimerjevo boleznijo pogosto pojavljajo .....	14
1.3.2 Terapevtska komunikacija s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo .....	15
2    Namen in cilji .....	19
3    Metode dela in materiali .....	20
3.1 Vzorec .....	20
3.2 Uporabljeni pripomočki in merski instrumenti .....	20
3.3 Potek raziskave .....	21
4    Rezultati .....	22
5    Razprava .....	27
6    Zaključek .....	30
7    Viri .....	32
Priloge .....	40

## KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Značilnosti terapevtske komunikacije .....	16
Preglednica 2: Raziskovalna in intervjujska vprašanja .....	20
Preglednica 3: Proces komunikacije s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo .....	22
Preglednica 4: Motnje in ovire, ki se pojavljajo pri komunikaciji s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo .....	24
Preglednica 5: Pomoč pri komunikaciji s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo.....	25



## **SEZNAM KRATIC**

AB	Alzheimerjeva bolezen
ZN	Zdravstvena nega



## 1 UVOD

Alzheimerjeva bolezen (v nadaljevanju AB) je ena izmed oblik demence (Graham in Warner, 2009), poleg AB pa poznamo še druge oblike demence, kot so: vaskularna demenca, demenca z Lewyjemi telesci in frontotemporalna demenca. Muršec (2007) v svojem delu dodaja še ostale oblike demence: Creutzfeld-Jacobova demenca, Huntingtonova demenca, progresivna paraliza, alkoholna demenca, demenca pri HIV idr. Isti avtor je mnenja, da je AB najpogostejša oblika demence, ki se postopoma razvije pri ljudeh obeh spolov po 65. letu. AB po navedbah Muršec (2007) napreduje zelo počasi in lahko traja tudi desetletje. Bolezen je posledica kopičenja patološke beljakovine beta-amiloida v možganih, zaradi tega pa pride do sprememb v različnih področjih možganov, največ v centrih za spominske dejavnosti na njihovih povezavah (Muršec, 2007). Pojavijo se težave s spominom in psihiatrični znaki. Osebe z AB se spremenijo tudi osebnostno. Ko bolezen napreduje, imajo osebe pogosto težave na vseh področjih življenjskih aktivnosti (Hülsen, 2010): spremenjeno vedenje, pozabljivost, brezvoljnost, neprimerno oblačenje, težave na področju izločanja, prehranjevanja in gibanja. V končni fazi postanejo starostniki z AB povsem odvisni od pomoči drugih (Muršec, 2007). O sprožilcih procesa, zaradi katerega naj bi ljudje zboleli za AB, naj bi bilo po navedbah Grahama in Warnerja (2009) znanega bolj malo, Sever in Sešok (2004) pa ugotavljata, da so dejavniki tveganja za nastanek Alzheimerjeve bolezni starost, AB v družinski anamnezi, Parkinsonova bolezen ali Downov sindrom, genetski faktorji ter zgodovina poškodb glave.

Odnos med pacienti z demenco in zdravstveno-negovalnim osebjem, ki nudi pomoč in oskrbo, je v zdravstveni negi (v nadaljevanju ZN) ključnega pomena (Ekman, 1996). Pajnkihar in Lahe (2006) poudarjata, da so medsebojni odnosi temelj za vzpostavitev optimalne in profesionalne refleksivne prakse, zato je zelo pomembno, da se ZN prilagaja potrebam pacienta. V praksi je zato potrebno razvijati temelje za profesionalne in humane medsebojne odnose na osnovah, kot so informiranje pacienta, aktivna vloga pacienta v procesu ZN, spoštovanje pacienta in njegovih pravic ter ohranjanje njegovega dostojanstva in avtonomije. Tudi Košir (2004) je mnenja, da je odnos med medicinsko sestro in pacientom najpomembnejši instrument za spoštovanje integritete pacienta, Stričević (2011) pa odnos med medicinsko sestro in pacientom opiše kot profesionalno naravo, pa vendar človeški odnos, v katerega se vpletajo čustva tako medicinske sestre, kot tudi pacientova čustva, izkušnje, lastnosti, pričakovanja in strahovi. Ekman (1996) meni, da je sposobnost komunikacije s strani zdravstvenega osebjata tista, ki označuje zmožnost in učinkovitost komunikacijskega procesa.

Komunikacija zdravstveno-negovalnega osebjata s pacienti je zelo zahtevna in naj bi bila po navedbah Kobentar in sod. (1996) ena izmed najkompleksnejših sestavin dela medicinskih sester. Isti avtorji ugotavljajo, da bi jo lahko razumeli kot aktivnost, s katero zagotavljamo najvišjo kvaliteto ZN, Čuk (2005) pa se strinja s tem, da je komunikacija eno izmed področij človekovega vedenja in prav zato tudi bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe. Za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega odnosa je potrebna uspešna komunikacija medicinske sestre, tako s pacientom, kot tudi z njegovimi svojci (Hajdinjak in Meglič, 2012). V takem odnosu se pacient počuti sprejetega, spoštovanega in varnega ter zaupa medicinski sestri. Uspešno komuniciranje pa ni pomembno le za pacienta in svojce, temveč tudi za sporazumevanje in prenos informacij v timu zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2012).

Terapevtska komunikacija naj bi spodbujala človekovo dobro počutje in skrb za lastno zdravje (Ivanuša in Železnik, 2009). Vzpostavljjanje terapevtskega odnosa je proces, ki zahteva čas in skrbno vodenje medicinske sestre, sloni pa na zaupanju in spoštovanju, da medicinska sestra sprejme, ceni in tudi spoznava pacientove potrebe in težave. V procesu terapevtske komunikacije sodelujeta tako medicinska sestra, kot pacient, ki vstopata v ta proces z vsemi izkušnjami, občutki, strahovi ter pričakovanji in vrednotami, navaja Pajnkihar (1999). Rungapadiachy (2003) pa poudarja, da je učinkovita komunikacija možna le, če se tisti, ki nudi pomoč in oskrbo, vede transparentno, kar pomeni, da mora biti njegovo vedenje usklajeno z njegovimi čustvi.

Pri komunikaciji s pacienti z demenco, tudi AB, se velikokrat soočamo s številnimi dejavniki in ovirami, ki vplivajo na proces komunikacije. Med te uvrščamo: ovire pri procesu zaznavanja in filtriranja, mehanične ovire ter semantične in psihološke ovire (Vec, 2002). Ovire pri komunikaciji se pojavljajo lahko na strani medicinske sestre oziroma zdravstveno-negovalnega osebja, kot tudi na strani pacienta z demenco. Pri sporazumevanju s pacienti z demenco se največkrat srečamo prav z oteženo komunikacijo, enako velja pa tudi za osebe z AB (Servellen, 2009).

Za temo diplomske naloge sem se odločila na podlagi AB, za katero je zbolel moj ata. Namesto namestitve v dom starejših občanov sem skrb zanj prevzela jaz. Glede na situacijo sem se odločila predelati literaturo o AB, le to pa me je spodbudilo pri izbiri teme diplomske naloge, saj sem se začela zavedati, da je ravno komunikacija ključ pri starostnikih z AB, o čemur bomo govorili tudi v nadaljevanju. Za pomoč pri komunikaciji sem izdelala spominski album, v katerem so bili ključni podatki in fotografije iz dedkovega življenja, prva in zadnja stran albuma pa sta priloženi tudi v prilogi diplomske naloge.

Področij, kjer se ZN srečuje z AB, je veliko. Pomemben element kakovosti ZN pri osebah z AB je po mojih izkušnjah dobro poznavanje značilnosti bolezni ter ustrezne metode in tehnike komuniciranja.

## 1.1 Alzheimerjeva bolezen

Kogoj (2009) v svojem delu navaja, da se bolezen imenuje po nemškem nevrologu Aloisu Alzheimerju, ki je živel v letih 1864 do 1915. Leta 1907 je pri eni izmed njegovih bolnic opisal nenavadno duševno motnjo. Bila je zelo sumničava, imela je spominske motnje in kar naenkrat se ni več znašla v svojem stanovanju. Poleg tega so bile prisotne tudi motnje govora, poimenovanja in razumevanja, navaja isti avtor. Kostnapfel (1986) dodaja, da je Alois pri preiskavi možganov opazil očitne spremembe na živčnih vlaknih in nenavadno snov v možganski skorji in s temi opažanji prišel do spoznanja, da je to bolezenski proces. Odkril je starostno pogojene plake in nevrofibrilne vozličke, ki so značilne za to bolezen, navaja isti avtor. AB je najbolj pogost povzročitelj demenc, saj predstavlja kar 50 do 65% vseh demenc (Kogoj, 2009).

Možgani so sestavljeni iz milijonov živčnih celic, le te pa omogočajo mišljenje in pomnjenje (Graham in Warner, 2009). V možganih, prizadetih z AB se tvori nenormalna oblika beljakovine imenovane amiloid, vendar vzroki za ta pojav niso še popolnoma raziskani, navajata ista avtorja. Po njunih ugotovitvah se mikroskopske količine beljakovine amiloida v skupkih nalagajo v zunanjih plasteh možganov, pri čemer skupki verjetno škodljivo vplivajo na živčne celice ali nevrone, v katerih je prisotna beljakovina za vzdrževanje oblike živčnih celic. Graham in Warner (2009) navajata tudi, da prizadeti nevroni začnejo tvoriti spremenjeno obliko beljakovine, le to pa naj bi povzročilo spremembe v zgradbi celic. Nekatere živčne celice odmrejo in se sesedejo vase, pri čemer nastanejo že zgoraj omenjene pentlje. Pentlje in skupki amiloidne beljakovine so vidni pod mikroskopom in so glavna značilnost AB. Zaradi odmiranja nevronov so nekateri deli možganov, posebno senčnični reženj, v katerem je center za spomin, skrčijo. Posledice so vidne na možganskih slikah, kar pomaga zdravnikom pri postavitvi diagnoze. Živčne celice v možganih druga z drugo komunicirajo s pomočjo kemičnih snovi, ki se imenujejo živčni prenašalci ali z drugo besedo transiterji, katerih je pri AB manj (Graham in Warner, 2009).

Vzrok za nastanek AB je pri večini bolnikov še neraziskan (Kogoj, 2009). Najpogostejši dejavniki tveganja za AB so starost in bolezen v družini, dedni dejavniki, poškodbe glave, Parkinsonova bolezen in Downov sindrom (Čuk, 2011). Za to vrsto demence je značilen postopen upad intelektualnih sposobnosti, stalno slabšanje spomina in težje razumevanje govora ter motnje pozornosti in mišljenja, dodaja isti avtor. Bolniki pozabijo, kaj so počeli pred kratkim ali o čem so se pogovarjali. Dobro se spominjajo dogodkov izpred nekaj let ali celo desetletij, izgubijo pa občutek za čas in prostor, v katerem se nahajajo (Kogoj, 2009). Pri napredovanju bolezni pride do težav z opravljanjem vsakodnevnih aktivnosti, nastopijo pa tudi vedenjske in psihične spremembe (Čuk, 2011).

Kogoj (2009) ugotavlja, da AB traja od 3 do 20 let, običajno pa 8 do 9 let in ni neposreden vzrok smrti. Isti avtor je mnenja, da je smrt pogosto posledica različnih zapletov, ki se lahko pojavijo pri bolniku. AB za enkrat še ne moremo ozdraviti, lahko pa zelo uspešno, vsaj začasno, simptomatsko lajšamo nekatere težave. S starostjo se verjetnost za nastanek bolezni bistveno poveča. Po nekaterih raziskavah kaže, da vsi dejavniki tveganja za nastanek možganske kapi povečajo tudi nevarnost za nastanek AB (Kogoj, 2009).

### 1.1.1 Klinična slika

Sever (2004) navaja, da AB pri osebi prizadene kognitivne in izvršne sposobnosti, ter spreminja celotno osebnost in vedenje. Spremembe, ki nastanejo pri osebi so odvisne od stopnje napredovale bolezni in prav zato je pomembno zgodnje odkrivanje oz. opazanje prvih simptomov demence, ugotavlja isti avtor. Isti avtor poudarja, da je pomembno, da znamo razlikovati spremembe med depresivnostjo in spremembe v zgodnji demenci.

Za AB je značilen počasen začetek, bolezni pa v zgodnji fazi pogosto ne prepoznamo (Berkow, 2005). Zmanjšujejo se sposobnosti pomnjenja, prepoznavanja ljudi, krajev in predmetov. Poleg osebnostnih sprememb pa je pogosta težava pri bolnikih z demenco tudi iskanje in uporaba pravih besed, kar pomeni težave na komunikacijskem področju, navaja isti avtor.

Grad (2007) ugotavlja, da je eden prvih znakov demence običajno blaga motnja pozornosti, kar velja tudi za AB. Bolniki imajo velikokrat težave s spremljanjem pogovorov, kar se pogosto pokaže pri komunikaciji v večjih skupinah. Pogost pojav je tudi umik, oziroma izogibanje družbi, padec zanimanja za stvari, ki so osebo včasih veselile, pogosto pa pride tudi do čustvene otopelosti in žalostnega razpoloženja, navaja isti avtor.

Hülsen (2010) navaja naslednje začetne simptome demence in AB:

- motnje hotenja: motnje v stalnem vzorcu dnevnega ritma, pojavljanje težav pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti,
- difuzni strahovi: strah, za katerega ni vzroka ali razloga. Zdravljenje tega strahu je zelo težko in zahtevno, saj je le to strah pred ničemer,
- nezainteresiranost: vsak človek ima določene hobije, nezainteresiranost pri AB pa se kaže tako, da hobiji, ki so bili prej priljubljeni, sedaj nimajo vrednosti,
- motnje koncentracije se kažejo kot izguba funkcije pri stvareh, ki smo jih prej počeli avtomatično, sedaj pa moramo pri opravljanju te funkcije razmišljati,
- občutek preobremenjenosti: osebam veliko oviro predstavljajo stvari, katere so bile prej popolnoma samoumevne- npr. osebna higiena,
- depresivnost,
- apatija: pojav telesne zanemarjenosti, ker se pacient ne preoblači in ne umiva; apatične osebe se ne odzivajo in nimajo lastne pobude,
- hitra utrujenost: o tem simptomu govorimo, ko določena oseba ne more več dosežati stopnje delovanja, kot jo je, pred boleznijo.

Poleg teh simptomov pa Pregelj (2009), kot začetni simptom demence oz. AB navaja še motnje spanja, pri katerih so pogostejše motnje ritma budnosti in spanja, kot nespečnost. Isti avtor dodaja, da so pacienti z AB ponoči nespečni, podnevi pa veliko spijo, lahko pa se zgodi, da spijo, tako podnevi, kot tudi ponoči. Milošević Arnold in Mali (2008) ugotavljata, da je za začetni stadij značilno, da osebe potrebujejo zelo veliko spodbude, saj se začnejo pojavljati tudi motnje v orientaciji (časa, prostora in oseb), motnje v računanju, osebe imajo slabo presojo in so brez iniciative. Avtorja navajata, da v tem stadiju začne nihati razpoloženje, osebe pa se posledično spremenijo tudi osebnostno.

Kostnapfel (1986) ugotavlja, da se ob napredovanju bolezni spominske sposobnosti slabšajo, kar se kaže v nezmožnosti za prepoznavanje podatkov iz zgodnjega

življenjskega obdobja, pojav zmotnega prepričanja, da še vedno obiskujejo službo in podobno. Avtor navaja, da se starostniki v svojem lastnem domu počutijo kot tujci, pri hranjenju in osebni higieni še ne potrebujejo pomoči, težave pa se začnejo kazati pri oblačenju. Osebe imajo še dovolj telesne moči, gibajo se samostojno, ampak ne glede na to, so odvisni od pomoči svojcev, saj potrebujejo stalen nadzor. Le ta je potreben tudi v nočnih urah, saj starostniki pogosto ne morejo spati (Kostnapfel, 1986).

Simptomi napredovale demence in AB, ki jih izpostavlja Hülsen (2010) so:

- motnje spomina: oseba pozablja stvari, ki so se zgodile pred kratkim, npr. pozabi, s kom se je pred kratkim pogovarjal po telefonu,
- v komunikaciji se kažejo težave pri razumevanju in prepoznavanju se: oseba ne dojame več smisla besede in se nanjo tudi ne odziva, ne more se zbrano pogovarjati ali brati, zamenjuje ljudi, tudi družinske člane, opravila, ki jih je oseba prej opravila z lahkoto, sedaj postanejo velik problem,
- motena orientacija v času in prostoru: osebe izgubijo občutek za čas in okolico v katerem se nahajajo,
- pomanjkanje motivacije za vodenje gospodinjstva: nezmožnost vzdrževanja lastnega gospodinjstva, pomanjkanje motivacije ter odsotnost vedenja in načinov dela, npr. kaj storiti s pečico,
- zanemarjanje telesne nege: oseba pozabi, da se je umila, očistila zobe, pojmov osebne higiene ne razume več,
- razdražljivost: oseba se ob popravkih njegovega oz. njenega vedenja pogosto razdraži. Možno je, da občasno opazi svoje primanjkljaje in se jih sramuje, zato lahko med popravljanjem njegovih oz. njenih besed ali dejanj postane agresivna,
- moteno socialno vedenje: osebe z napredovalo boleznijo se umaknejo vase, nekoč družabni človek postane samotar in ni več zmožen vzajemnega dajanja in jemanja,
- negotovost pri hoji: omotičnost, moten odnos do časa in prostora, pojavi se dvom v končni cilj svoje poti,
- nesamostojnost: je posledica prej naštetih simptomov, kar privede do ne vključenosti osebe z AB v aktivnosti, oseba postane popolnoma nesamostojna, oz. odvisna od pomoči drugih.

Pregelj (2009) pa dodaja še tri simptome napredovale demence oz. AB:

- blodnjavost: pojavi se pri manj kot polovici oseb z demenco, pojavijo se preganjalne in nanašalne blodnje, ki se najpogosteje začnejo kazati v srednjem stadiju bolezni,
- halucinacije: pojavijo se redkeje kot blodnje, kažejo pa se kot prividi, prisluhi in neprepoznavnosti svojcev,
- tavanje: je zelo moteča vedenjska sprememba, ki se pojavi pri osebah, ker iščejo svojce, ali se odpravijo v službo. Tavanje se lahko kaže kot brezciljno ali pa osebe želijo kaj postoriti, vendar neuspešno. Kadar je to vedenje zelo izrazito, takrat oseba z AB potrebuje stalen nadzor.

Za starostnika je zelo pomembno domače okolje, v katerem so preživeli večino svojega življenja in se v njem dobro počutijo, vendar je zaradi varnosti in ustrezne nege starostnika, pogosto potrebna namestitve v dom starejših občanov (Kostnapfel, 1986).

V tretjem, končnem stadiju bolezni se starostniki gibljejo bolj malo, postanejo upočasneni, neokretni, ali pa so povsem nepomični, postanejo redkobesedni, govorijo upočasnjeno, pogosto ponavljajo le še posamezne fraze (Berkow, 2005). Isti avtor je mnenja, da pogovora ali pisnega besedila ne razumejo več, pojavijo se tudi težave pri izločanju in odvajanju, ki se kažejo kot inkontinenca urina in blata. Izrazito začnejo hujšati, kar je posledica slabega apetita ali motenj požiranja, poleg tega, pa je oslavljen tudi občutek za lakoto in žejo (Berkow, 2005). Tomori (1999) ugotavlja, da v končnem stadiju bolezni spominske sposobnosti odpovejo v popolnosti. Prizadet je tudi spomin iz zgodnjega življenjskega obdobja, saj starostniki pogosto ne prepoznajo svojih najbližjih sorodnikov, prisotne pa so lahko tudi blodnje. Pri najhujših oblikah demenca povzroči popolno uničenje zmožnosti delovanja možganov, kar pripelje do manjše zmožnosti nadziranja svojega vedenja. V tem stadiju so zelo pogosti hrupni izbruhi, spremembe razpoloženja in že omenjene blodnje (Berkow, 2005).

Milošević Arnold in Mali (2008) pa opišeta končni stadij AB, kot hudo obliko dementnosti. Obdobje imenujeta tudi stadij vegetacije, saj starostniki z AB v tem stadiju ne morejo več poskrbeti zase. Ista avtorja navajata, da starostniki v tem stadiju veliko časa prespijo, postanejo ranljivi ter potrebujejo veliko nege in pozornosti. Starostniki v tem stadiju pogosto zavzamejo položaj fetusa. Čeprav je za starostnika najprimernejše domače okolje, je v zadnjem stadiju AB pogosto potrebno poskrbeti za nastanitev v dom starejših občanov, kjer lahko za starostnika ustrezno poskrbijo (Milošević Arnold in Mali, 2008).

Naomi Feil (Van Hulsen, 2010) pa opredeli štiri stadije demence, ki jih v nadaljevanju tudi podrobneje predstavljamo:

### **Stadij 1: pomanjkljiva/nesrečna orientacija**

V tem stadiju je oseba orientirana, ampak nesrečna. Pojavijo se razna sumničenja in obtožbe (npr. nekdo mi krade perilo, zastruplja hrano in pijačo). Oseba v tej fazi je časovno, krajevno in osebno, stno orientirana, vse izgube in razne vrzeli pa zaznava s strahom, katerega ne prizna. Nasprotuje spremembam in želi, da so stvari pospravljene na istem mestu. V začetnem stadiju pomaga predvsem spoštljivo obnašanje do osebe in tako imenovana K vprašanja (kdo, kaj, kje, kdaj in kako). Osebam vprašanje zakaj nikoli ni v pomoč, kajti le to zahteva utemeljitev, ki pa je oseba z AB ne more vedno dati.

### **Stadij 2: časovna zmedenost**

V drugem stadiju oseba z AB izgublja občutek za čas, in zgodi se, da preteklost postane sedanjost. Oseba želi k staršem, pa čeprav globoko v sebi ve, da njegova razmišljanja ne držijo, vendar to realizira drugače. Osebe večkrat vidijo stvari in slišijo zvoke, ki jih ni, lahko celo vonjajo določene stvari in na podlagi tega razvijejo v glavi zgodbo, ki ni resnična. Velikokrat jim razni predmeti v prostoru služijo kot nadomestek za osebe. V tem stadiju osebe govorijo zelo tiho in nerazločno, tudi tukaj pa so pomembna, že prej omenjena K vprašanja. Nagovarjamo čutila, katerim oseba z AB daje prednost, to pa so nežni dotiki in upoštevanje njihovih potreb.



### **Stadij 3: ponavljajoči se gibi**

V tem stadiju osebe ponavljajo gibe, hojo ali tek. Izgubijo občutek svojega jaza, govor pa poteka v zlogih in je zelo nerazumljiv. Znanih obrazov ne prepoznajo več, še vedno pa se odzivajo na stvari iz preteklosti, dotike ali neposreden stik z očmi. Tu, kot tehnike obravnave uporabljamo zrcaljenje dejanj, mimiko, dihanje, višino glasu, ponavljanje besed in dotik.

### **Stadij 4: vegetiranje**

Oseba v četrtem stadiju sedi v vozičku ali leži v postelji. Okolica za njih ne obstaja več, živijo v svojem svetu. Osebe so največkrat v domu za starejše občane, saj je skrb za njih v domačem okolju težka in velikokrat nemogoča. Oči imajo zaprte ali pa brezciljno strmijo v določeno točko. Svojih občutkov ne izražajo več, na govor se ne odzivajo več, odzovejo se na dotik, hkrati z očesnim stikom. Svoje družine v tem stadiju ne prepoznajo več, zato je pomembno, da uporabljamo glasbo, dotik in vonj. Ohranjanje občutka lastne vrednosti v svetu, katerega starostnik z AB ne razume, zahteva od njega umik v pretekla obdobja, v katerih je bil ljubljen in pomemben za druge.

#### **1.1.2 Vpliv na družino starostnika, ki je zbolel za Alzheimerjevo boleznijo in vloga družine pri bolezni**

Ko družinski član zboli za demenco, to vpliva na družinsko življenje. Vloge v družini se hitro spremenijo, saj oseba z demenco ne more več opravljati funkcije, ki jo je imela prej (Živič, 2004). Demenca vpliva tudi na medsebojne odnose, saj se oseba spremeni kot zakonec, starš ali stari starš. Isti avtor ugotavlja, da se v času bolezni hitro poruši zgradba družine, saj pravila, ki so omogočala delovanje družine, kar naenkrat ne veljajo več. Spremenijo se čustvene vezi, predvsem zaradi umika obolele osebe ali zaradi težav, ki jih ima oseba pri komuniciranju. Mali in Milošević Arnold (2007) poudarjata, da je v času bolezni pomembna naloga družine varovanje identitete osebe z AB. Člani družine osebo z AB dobro poznajo, vedo, kdo je oseba bila, kaj je rada počela, kaj je doživela, zmogla, česa se je veselila. V času bolezni družina varuje človekov jaz, spomin o tem kdo je bil, kaj je delal, kakšen poklic je opravljal. Družina varuje skupna čustva, doživetja, spomine, dogodke in šale. Z varovanjem človekove osebne identitete družina upočasnjuje propad osebe z AB in jo ohranja pri življenju (Mali in Milošević Arnold, 2007).

Bolezen družinskega člana pomeni tudi spremembo v medsebojnih odnosih ter iskanje novih čustvenih vezi in novo delitev vlog (Živič, 2004), spremembe v ravnovesju odnosov pa niso vedno samo slabe, lahko vključujejo tudi pozitivne vidike (Živič, 2004). Isti avtor je mnenja, da oseba lahko razvije nove sposobnosti zaznav, predvsem na področju neverbalne komunikacije, ki ostane ohranjena relativno dolgo.

Skrb za dementno osebo zahteva določeno mero odpovedovanja, katero družinski člani sprejemajo različno (Blejc, 2007). Isti avtor poudarja, da svojci ob skrbi za starostnika z demenco potrebujejo veliko znanja, da ob začetnem dogajanju sploh prepoznajo bolezen in z nepotrebnim prepričevanjem ne izgubljajo energije, se trudijo in pri tem ne izgorevajo. Ko se svojci naučijo ravnati z dementnim starostnikom jim je lažje, vendar kljub temu potrebujejo zelo veliko podpore (Blejc, 2007).

Velikonja in sod. (2005) ugotavljajo, da vedenjske in psihične spremembe starostnika onemogočajo ustrezno oskrbo v domačem okolju, zato se svojci največkrat odločijo za premestitev starostnika v negovalno ustanovo. Takšna premestitev starostnika iz vsakdanjega življenja v tuje okolje pa je dodaten stres, ki lahko še dodatno poslabša psihično stanje starostnika, pri svojcih pa povzroči občutek krivde (Velikonja in sod., 2005). Zaželeno je, da starostnik z AB čim dlje ostane v domačem okolju, vendar pa je potrebno zaščititi tudi svojce, saj lahko takšen starostnik povzroči mnogo stisk in problemov (Ključevšek Novak, 1994). Svojci ne znajo vedno pravilno odreagirati na starostnikove motnje. Ko pri starostniku z AB zaradi izgube samostojnosti v zadovoljevanju potreb po osnovnih življenjskih aktivnostih prevlada potreba po stalnem nadzoru in mu svojci le tega ne morejo več zagotoviti, je potrebna namestitev v dom starejših občanov (Ključevšek Novak, 1994). V domu starejših občanov pri zdravljenju in vodenju starostnika z AB sta dva temeljna cilja (Ključevšek Novak, 1994): vodenje in pomoč starostniku in pomoč svojcem starostnika z AB. Isti avtor v svojem delu omenja tudi kakovost življenja starostnika z AB, za katero pravi, da je višja, če ga svojci redno obiskujejo in mu stojijo ob strani, saj med svojci obstaja najtesnejša čustvena vez in le to čuti tudi starostnik z AB, ki je vsakega obiska svojcev vesel. Domsko oskrbo lahko starostnik sprejme kot breme ali pa kot najboljšo rešitev za svojo življenjsko situacijo (Belič, 1997). Ali bo postal dom samo zavod ali tretji dom starostnika je v veliki meri odvisno tudi od svojcev in prijateljev starostnika (Belič, 1997).

### **1.1.3 Zdravstvena nega starostnika z Alzheimerjevo boleznijo**

ZN pacienta z AB zahteva natančno opazovanje in ocenjevanje sposobnosti z upoštevanjem individualnih posebnosti starostnika. Obravnava vse življenjske potrebe ter načrtuje oblike pomoči, zelo pomembno pa je dejavno vključevanje starostnika v posamezne aktivnosti (Kobentar, 2009). Avtorica navaja, da so aktivnosti ZN usmerjene k ohranjanju, izboljšanju in vzpostavljanju ponovne aktivnosti, ki je usmerjena k večji samostojnosti, neodvisnosti in samoiniciativnosti posameznika. Spodbujanje duševnih in telesnih potreb v procesu ZN starostniku pomaga pri prilagajanju, sprejemanju sprememb ter obvladovanju življenjskega okolja. Strokovni pristop vključuje specifično in prilagojeno komunikacijo, spodbude, vodenje in usmerjanje, pri čemur je pomembno spoštovanje človekove osebnosti (Kobentar, 2009). Intervencije ZN se določa glede na individualne sposobnosti in posebnosti starostnika, v povezavi z vrsto in intenziteto bolezni. Pri starostnikih z AB je po navedbah Hauptmana in sod. (2002) sposobnost samooskrbe na področju fizičnih, psihičnih in socialno-ekonomskih potreb zmanjšana. Motena samooskrba pri temeljnih življenjskih aktivnostih postane vidna zunanjim opazovalcem in bližnjim, le redko pa tudi starostnikom samim, saj je motena njihova realna percepcija potreb ter kritična presoja situacij in posledic opustitve ali izvedbe dejanj (Kobentar, 2009).

Medicinska sestra na podlagi teoretičnih in praktičnih izkušenj opazuje starostnika z AB in pridobiva informacije iz različnih virov, oceni stanje ter predvidi intervencije (Sedej Kodela in Vihtelič, 2004). Opazovanje starostnika z AB, zaradi lažje zdravstvene oskrbe in načrtovanja intervencij po Sedej Kodela in Vihtelič (2004) zajema:

- opis trenutnega stanja, kateri zajema zbiranje podatkov s področij: generalizirani vedenjski vzorci, socialna interakcija z okolico (kako se starostnik vede do

drugih ljudi), starostnikov zgled, življenjske spretnosti, splošne spretnosti pri delu ter gospodinske spretnosti,

- spoznavno emocionalno stanje, ki zajema starostnikovo razumevanje situacije, koncentracijo in zmožnost pozornosti, interesov v okolju, časovno, prostorsko in osebnostno orientacijo, ohranjenost spoznavnih funkcij (težave s spominom), vsebino misli (prisotnost iluzij ali beg misli), sposobnosti reševanja problemov, načinu izražanja čustev, kako se starostnik odziva na razne situacije in ustreznost razpoloženja,
- somatsko oceno, ki zajema gibljivost, senzorne sposobnosti, fizično kondicijo, vzorec spanja, prehranjenosti, izločanja in odvajanja, izvajanju osebne higiene, zmožnost samooskrbe, intaktnost kože ter oceno rizika za nastanek razjede zaradi pritiska,
- vzorce socialnega funkcioniranja, ki zajemajo nivo socialnih stikov z družinskimi člani in prijatelji, socialne aktivnosti v preteklosti in sedanjosti, verske in kulturne potrebe, vključenost v širše družbeno okolje, nivo razumevanja oz. empatije ljudi, ki so vključeni v starostnikovo identifikacijo.

Kot smo že omenili, je potrebno starostnike z AB obravnavati individualno in celostno po procesu ZN. Iz dokumentacije ZN morajo biti razvidne intervencije, ki jih načrtujemo in izvajamo pri določenem starostniku z AB. Pri starostniku z AB se najpogostejše pojavljajo težave pri naslednjih življenjskih aktivnostih (Sedej Kodela in Vihtelič, 2004): prehranjevanje in pitje, osebna higiena in oblačenje, izločanje in odvajanje, spanje in počitek, zagotavljanje varnosti ter komunikacija, katere v nadaljevanju tudi podrobneje opišemo.

### **Prehranjevanje in pitje**

Sedej Kodela in Vihtelič (2004) navajata, da je aktivnost prehranjevanja in pitja pri starostnikih z AB zelo pomembna. Pri tej življenjski aktivnosti so pogoste težave, zato je potrebna velika mera vztrajnosti in potrpežljivosti, saj starostniki z AB pogosto odklanjajo hrano, jo uživajo več, kot je potrebno ali pa imajo motnje požiranja (Sedej Kodela in Vihtelič, 2004). Ista avtorja poudarjata, da je pomembno, da odkrijemo vzroke motenj, katerih je lahko več: slab apetit, siljenje na bruhanje, zaprtje, slabo zobovje, bolezensko doživljanje (npr. izguba spomina, napačna predstava- starostnik misli, da je hrana zastrupljena). Glede na vzrok nastanka motnje medicinska sestra izdelava načrt pri aktivnosti. Starostniku pomagamo pri hranjenju, če je le to potrebno ter nadzorujemo njegovo požiranje. Med obroki starostnika spodbujamo k samostojnemu hranjenju, pozorni pa smo tudi za vnos zadostne količine tekočine. Zaužito prehrano in tekočino redno beležimo. Sedej Kodela in Vihtelič poudarjata tudi, da je bistvenega pomena tudi izvajanje ustreznih predpisanih terapij. Pomembno je, da dajemo zdravila ob obroku (razen izjemoma, če je predpisano drugače) in se pri tem prepričamo, ali je zdravilo res zaužil. Ista avtorja navajata, da si je potrebno v primeru odklajanja zdravil pomagati na druge načine (npr. drobljenje tablet, uporaba sirupov namesto tablet ipd.), o tem pa se je potrebno posvetovati z zdravnikom.

### **Izločanje in odvajanje**

Izločanje in odvajanje sta zelo pogosto povezana z inkontinenco urina in izgubo občutka za odvajanje na pravem kraju ter oslabelejšje mišice medeničnega dna (Batta in sod., 2011). Starostnik z AB lahko odvaža na nepravem kraju, saj pogosto ne ve, čemu služi stranišče, zgodi pa se tudi, da si ne zna sleči obleke. Najpogostejši motnji pri

starostnikih z AB na področju izločanja in odvajanja je že omenjena inkontinenca urina, težava pa je tudi obstipacija blata. Pripomočki za inkontinenco (vložki in plenične podloge) starostnika motijo, zato si jih pogosto odstrani, posledica tega pa je, da z blatom in urinom lahko umaže sebe in svojo okolico. Isti avtorji navajajo, da je pri takih starostnikih zelo težko kontrolirati izločanje in odvajanje.

Pri starostnikih, ki še zadržujejo urin in blato je priporočljiv toaletni trening, navajata Pregelj in Kobentar (2009), kar pomeni, da se starostnika ob določenih urah opomni na izločanje, glede na njegov dnevni ritem izločanja, se ga pospremi na stranišče in posede na toaletno školjko. Potrebno je pozorno opazovanje starostnika, saj lahko le ta potrebo po odvajanju izraža z napenjanjem, stokanjem ali nemirom. Ista avtorja ugotavljata, da lahko motnje pri odvajanju povzročajo tudi odvajala ali druge bolezni, kot so bolezni ledvic, srca ali sladkorna bolezen. Poudarjata, da moramo biti pri izločkih pozorni na barvo, vonj, gostoto, količino primesi, sediment, retenco (zastoj urina) in oligurijo (zmanjšano izločanje urina). Pri blatu moramo biti pozorni na zaprtje in diarejo, opazovati pa moramo konsistenco ter prisotnost primesi v blatu, kot so sluz, neprebavljena hrana in kri (Pregelj in Kobentar, 2009). Pri starostniku z inkontinenco je potrebno pogostejše izvajanje osebne higiene, anogenitalne nege, umivanje rok ter menjavanje perila in obleke (Muršec, 2002). Sedej Kodela in Vihtelič (2004) pa poudarjata, da je potrebno poskrbeti za dobro označenost stranišča s slikami in barvami ter dobro osvetlitev prostorov.

### **Spanje in počitek**

Motnje spanja se pojavljajo pri več kot polovici starostnikov z AB, navaja Muršec (2002). Avtorica dodaja še, da je nespečnost eden tistih simptomov pri AB, ki zahteva hospitalizacijo. Sedej Kodela in Vihtelič (2004) opisujeta, da se motnje pri tej življenjski aktivnosti pojavljajo občasno, lahko pa so prisotne tudi stalno. Ritem spanca je pri starostnikih z AB pogosto porušen. V hujših primerih motnja napreduje, tako da starostnik zamenja dan za noč. Ista avtorja izpostavljata tudi večerni nemir, ki postane sčasoma tako izrazit, da ga svojci ne obvladajo več in je zato potrebna hospitalizacija starostnika. Potrebno je zagotoviti primerno ureditev sobe (zatemnitev prostora), aktivnost starostnika v dnevnem času, individualne pogovore in usmerjanje čez dan, stalni nadzor nemirnega starostnika, aplikacijo predpisanega uspavala in v skrajnih primerih fizično oviranje, predvsem pri hudem nočnem nemiru (Sedej Kodela in Vihtelič, 2004).

### **Zagotavljanje varnosti in gibanje**

Zagotavljanje varnosti je zelo pomemben del ZN in skrbi za starostnika z AB, saj se starostnik zaradi motenj spomina, orientacije, presoje in drugih duševnih sprememb velikokrat znajde v situaciji, ko potrebuje pomoč in zaščito (Kogoj in sod., 1996). Isti avtorji opozarjajo, da je starostnik z AB izpostavljen nevarnostim v okolju, samopoškodbam, lahko se izgubi ali odtava, zato je največkrat potreben stalni nadzor takega starostnika. Bistvo ZN je prepoznavanje nevarnosti in odziv nanjo, tako da zmanjšamo, preprečimo ali omilimo neugoden vpliv na zdravje (Muršec, 2002). Starostnika je potrebno varovati pred poškodbami, padci, pobegi, nasilnim vedenjem, zastrupitvami, samomorom itd. Avtorica v svojem delu navaja še, da z napredovanjem AB postanejo bolj izražene tudi težave z gibanjem. Le te se kažejo z negotovimi in drobnimi koraki, drsajočo hojo, hojo po prstih, slabo koordinacijo gibov, spotikanjem, težavami s posedanjem, vstajanjem ter obračanju v postelji. Sedej Kodela in Vihtelič

(2004) poudarjata, naj bodo starostniki nameščeni v njim prilagojene prostore, kar pomeni, da so arhitekturno varni, s čim manj stopnicami, ob robu pa naj imajo oprijemala, katera so nameščena na stenah, saj jim bo le to dalo večji občutek varnosti.

### **Komunikacija**

Učinkovita besedna in nebesedna komunikacija med pacientom in medicinsko sestro predstavljata osnovo za dobre medsebojne odnose, na katere vplivajo osebne značilnosti obeh (Pajnkihar in Lahe, 2006). Gamse (1998) je mnenja, da AB prinaša težave, ki se kažejo tudi v medsebojnem razumevanju. Pri starostniku z AB se pojavijo nemoč, nerazumevanje in jeza. Isti avtor ugotavlja, da obstaja več metod, oblik in terapevtskih prijemov, ki se uporabljajo v ravnanju s starostniki z AB. Starostniki z AB imajo namreč zmanjšano zmožnost komunikacije, zmanjšano zmožnost za učenje, sprejemanje informacij in odzivanje (Železnik, 2006). Isti avtor navaja, da zaradi pomanjkanja kognitivnosti starostnik velikokrat ne more povedati kaj misli. Ko se z njim pogovarjamo, težko najde besede, se ustavi sredi stavka ali pa nadaljuje z nesmiselnimi frazami. Gašparovič (2007) navaja, da se je sporazumevanja s starostnikom z AB moč naučiti. Pomembno je, da se zdravstveno osebje, ki dela s starostniki z AB nauči komunikacijskih veščin, saj bodo le te pripomogle k manjšemu stresu ter izboljšanju odnosa do starostnika. Dobra komunikacija je velikokrat ključ pri premagovanju težavnega obnašanja (Gašparovič, 2007).

Zaradi pomena ustrezne komunikacije s starostnikom z AB, se bomo v nadaljevanju podrobneje usmerili prav na metode in tehnike komunikacije zdravstveno-negovalnega osebja z osebami z AB.

## **1.2 Komunikacija**

Opredelitev komunikacij je veliko.

”O komunikaciji govorimo takrat, kadar potujejo ali se izmenjajo informacije med dvema ali več posamezniki” (Trček, 1994, str. 69). Ule (2003, str. 114) pa opredeli komunikacijo kot nepretrgan tok sporočil: ”Komunikacija med ljudmi teče takrat, kadar med partnerji v socialnem odnosu teče nepretrgan tok sporočil” (Ule, 2003, str. 114).

Pojem »komunicirati« izhaja iz latinske besede *communicare* in pomeni sodelovati, posvetovati se, razpravljati, vprašati za nasvet, deliti (Fink in sod., 2009). Beseda *communicatio* se je v latinščini navezovala na nekaj splošno otipljivega ali jasnega, obenem pa tudi na retorično spretnost govorcev, da pripravijo občinstvo do sodelovanja v raznih razpravah (Ule, 2009). Razlaga izvora besede komunikacija nas usmerja v nekaj, kar nosi določeno sporočilno vrednost, v nekaj aktivnega, kar vključuje dinamiko in se udejanja v medsebojnih zvezah (Maurer, 2007).

### **1.2.1 Verbalna in neverbalna komunikacija**

Obstajajo različni načini komunikacije, ki jih na splošno uvrščamo v dve kategoriji (Rungapadiachy, 2003):

- besedna/verbalna komunikacija in
- nebesedna/neverbalna komunikacija

Komuniciramo lahko z besedami ali brez njih. Usklajenost besedne in nebesedne komunikacije vpliva na uspešnost komunikacije. To, kar govorimo, se mora ujemati s tistim, kar sporočamo z znaki in vedenjem (Fink in sod., 2009).

Besedna (verbalna komunikacija) zajema govorjeno in napisano besedo. Za pravilnost sporočila se mora pošiljatelj besedne komunikacije zavedati svojega tona, vsebine in poudarka glasu, upoštevati kulturne razlike med pošiljateljem in sprejemnikom, uporabo žargona in govorice, ki jo uporablja določena skupina ljudi (sleng). Pri sporočanju je potrebno upoštevati določene omejitve, npr. kognitivne in vidne motnje v sprejemniku, pa tudi razvojne, ki še posebej vplivajo na način pogovora (Ivanuša in Železnik, 2008).

Neverbalna komunikacija zajema vsa sporočila, ki si jih ljudje izmenjujemo v interakciji, in le to niso besede (Paladin, 2011). Po mnenju Ule (2005) imajo neverbalna sporočila popolnoma samostojno vlogo v komunikaciji, ki je nezamenljiva in služi pri sporočanju osebnih občutij, čustev in medosebnih odnosov. Avtorica (2005) poudarja tudi na pozornost večpomenskosti neverbalnih sporočil. Za smiselno interpretacijo je potrebno upoštevati kontekst, v katerem se sporočila pojavljajo, zgodovino odnosov med udeleženci pogovora ter čustveno ozračje, v katerem poteka komunikacijski proces (Ule, 2005).

K neverbalni komunikaciji prištevamo (Stričević in Ivanc). :

- sporočanje preko fizioloških reakcij, tudi z molkom,
- obrazno mimiko,
- sporočanje s pomočjo gibov telesa,
- sporočanje s pomočjo prostora in časa,
- sporočanje s pomočjo predmetnega okolja.

Elementi, uporabljeni pri neverbalni komunikaciji pa so (Klemenc, 2006):

- pogled,
- dotik,
- medosebni prostor,
- razdalja,
- izraz na obrazu,
- čas,
- vonj,
- fiziološke reakcije,
- zunanji videz,
- molk

Klemenc (2006) ugotavlja, da neverbalni komunikaciji zaupamo bolj, kot verbalni. Pomembna je zaradi tega, ker pomeni način izražanja čustev, ustvarjanja in upravljanje vtisa, sporočanja različnih sporočil, kot so privlačnost, zavračanje ali dominanca, ter drugih funkcij, ki definirajo medosebne odnose in interakcijo. Tudi Paladin (2011) poudarja, da h končnemu pomenu sporočila prispevajo neverbalne oblike sporočanja in sicer:

- obrazna mimika prispeva kar 55%,
- vokalna komponenta 38% in
- verbalna komponenta pa le 7%.

Rakovec-Felser (2009) navaja, da z nebesednimi sporočili velikokrat o sebi razkrijemo stvari, ki bi jih radi prikrili. Kljub prepričevanju samega sebe in drugih o tem, da poslušamo, se strinjamo, naše telo razkriva drugačno zgodbo. Če sogovornika ne gledamo v oči in s tem v njegovih očeh ne iščemo dodatnih pojasnil in odgovorov, ne moremo vzpostaviti pravega stika z njim in s tem pokažemo nezanimanje. Znaki nezanimanja pa so tudi umikanje ali odsotnost pogleda, presedanje, zehanje, prekinjanje sogovornika. Z verbalno komunikacijo lahko kažemo zanimanje, vendar nas izdaja telesna govorica (Rakovec-Felser, 2009).

Zaupanje v neverbalna sporočila in njihov pomen je odvisno od številnih dejavnikov, kot so (Paladin, 2011):

- življenjski potek (preden otrok spozna verbalno govorico, ima popolno zaupanje v neverbalne znake, ki jih prejema od drugih),
- konkretna situacija (verbalni znaki so pomembnejši za podajanje informacij in sporočanja o dejstvih, za izobraževalno dejavnost, neverbalno komuniciranje pa je pomembnejše za odnosno komuniciranje),
- neskladnost verbalnih in neverbalnih sporočil (bolj zaupamo neverbalnim, saj jih dojemamo kot spontane in zato iskrene),
- neverbalni znaki usmerijo pozornost k viru sporočila (mimika obraza pritegne in zagotovi pozornost poslušalcev),
- spremljanje mimike obraza in gibanje ust govorca lahko povečata razumevanje, ker se prejemniku poveča možnost za identificiranje izgovorjenih besed,
- neverbalni znaki povečajo razumevanje in pomnjenje sporočil ter dopolnjujejo verbalne izraze

### **1.3 Komunikacija s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo**

Že zgoraj smo omenili, da beseda komunikacija pomeni nekaj skupaj narediti, si izmenjati, deliti (Kogovšek in Škerbinek, 2002), kar pomeni, da je to prisotno tudi pri komunikaciji med starostnikom z AB in zdravstvenim osebjem. Skupni cilj je izboljšanje zdravstvenega stanja posameznika in lajšanje simptomov. Pri ZN komunikacija postane delovno okolje in zaželeno je, da učenje in uporaba le te, v večji meri poteka zavedno (Kogovšek in Škerbinek, 2002). Kobentar in sod. (1996) ugotavljajo, da je komunikacija s starostniki z AB predpogoj za uspešno delo medicinske sestre in je potreba, preko katere se starostnik integrira v socialnem življenju in znotraj te rešuje svojo negotovost (kdo sem, kaj sem, čigav sem...). Prebil in sod. (2009) poudarjajo, da komunikacijo prilagajamo osebam, s katerimi komuniciramo ter smo pozorni na posebnosti in spremembe posameznika, ki so nastale tekom njegovega življenja. Starostnike z AB pogosto spodbujamo, da ugotovimo kakšne so njegove želje in potrebe ter kakšno njegovo počutje (Prebil in sod., 2009). Kobentar in sod. (2009) navajajo, da je prepoznavanje problemov, ki se pojavljajo v komunikaciji ključnega pomena pri vsakodnevem soočanju s starostnikom. Posebno velika pozornost je potrebna pri komunikaciji s starostniki z AB, saj je ravno nepoznavanje značilnosti komunikacije pogost vzrok konfliktov med zdravstvenim osebjem in starostniki z AB (Kobentar in sod., 1996).

Ko AB napreduje, se spremenijo tudi govor, razumevanje in izražanje starostnika (Starc, 2009). Na začetku so te spremembe blage, komaj zaznavne. Starostnik se

največkrat med pogovorom vznemiri, ker ne najde ustreznih besed, vendar se kljub govornim in ostalim težavam želi pogovarjati in izražati svoje občutke in mišljenje, navaja isti avtor. Biti moramo strpni in počakati, da najde pravo besedo in da nam pove, kar želi. Starostnika spodbujamo, da z besedami ali kretnjami sporoča svoje želje in potrebe. Prisotne težave pri komunikaciji ga zelo obremenjujejo in spravljajo v stisko, poudarja Starc (2009). Lokar in Balkovec (1987) poudarjata, da je komunikacija z drugimi za starostnika z AB pomembna. Med medicinsko sestro in njim je komunikacija posredna ali neposredna, besedna ali nebesedna. Pomembno je, da starostnika pozorno in natančno poslušamo in da se znamo z njim pogovarjati. Poleg mirnega glasu, na starostnika z AB pomirjujoče deluje tudi naša mimika, naši gibi in kretnje (Lokar in Balkovec, 1987). Ista avtorja poudarjata, da imata pri komunikaciji s starostniki z AB tako besedna, kot tudi nebesedna govorica velik pomen, čeprav je besedna komunikacija pogosto otežena. S pomočjo opazovanja besedne in nebesedne komunikacije lahko ugotovimo in ocenimo starostnikovo počutje ali njegove telesne in duševne motnje (Lokar in Balkovec, 19887).

Komunikacija je pomembno delo medicinske sestre. Če znamo komunicirati, pomeni, da znamo prilagoditi svojo komunikacijo konkretnemu cilju (Batta in sod., 2011). Zavedati se moramo, da zaradi nerazumevanja povedanega lahko pri starostniku z AB sprožimo stres, agresivnost, nezaupanje in zapiranje vase, s pravilnim pristopom v komunikaciji pa se mu lahko izboljša kvaliteta življenja (Mörec, 2010).

### **1.3.1 Komunikacijske težave, ki se pri starostnikih z Alzheimerjevo boleznijo pogosto pojavljajo**

Filipič (1998) navaja, da pri komunikaciji med medicinsko sestro in starostniki z AB pogosto prihaja do motenj, katerim se je treba poizkusiti izogniti. Motnje lahko nastanejo tako s strani zdravstveno-negovalnega osebja, kot s strani starostnika, ki boleha za AB.

Motnje na strani zdravstveno-negovalnega osebja (Filipič, 1998):

- negotovost,
- napačno podana navodila,
- strah pred vprašanji pacienta,
- nejasno in neurejeno govorjenje,
- napačno spraševanje in odgovarjanje,
- pomanjkanje časa,
- neustrezen odnos do pacienta,
- jemanje poguma s telesno govorico

Med ovire, ki prav tako vplivajo na neučinkovito komunikacijo med starostnikom z AB in zdravstveno-negovalnim osebjem pa sodijo tudi (Pregelj in Kobentar, 2009): negativno spodbujanje starostnika, priganjanje starostnika, spremembe teme pogovora, pretirano spraševanje, prekinjanje starostnika pri pogovoru, gledanje v stran med pogovorom, obsojanje in stereotipne opombe.

Motnje na strani starostnika z AB, ki se pojavijo pri komunikaciji (Filipič, 1998, Powell, 2010):

- strah pred odgovarjanjem,



- depresivnost,
- agresivnost,
- napačna pričakovanja,
- okvara sluha in govora,
- pomanjkanje pozornosti,
- neposlušnost,
- neustrezno, nemirno okolje,
- napačne predstave,
- motnje pomnjenja,
- nenehno ponavljanje istih vprašanj,
- težko spremljanje pogovora,
- izgubljanje rdeče niti med pogovorom,
- težave s pomnjenjem ljudi, krajev in predmetov,
- neusklajeno spreminjanje teme pogovora,
- pripovedovanje o preteklosti.

### **1.3.2 Terapevtska komunikacija s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo**

Po navedbah Servellen (2009) je terapevtska komunikacija medsebojna izmenjava sporočil, tako verbalnih kot neverbalnih, ki pride do izraza pri komunikaciji med zdravstvenim osebjem in pacienti. Isti avtor navaja, da s pomočjo terapevtske komunikacije zdravstveno osebje izraža podporo, zagotavlja informacije in povratne informacije ter vrača upanje pacientom ter njihovim svojcem.

Hajdinjak in Meglič (2012) poudarjata, da je uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacienti in njegovimi svojci bistveni element za vzpostavitev pozitivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti sprejetega kot osebnost, pridobi zaupanje medicinske sestre, se počuti spoštovanega in varnega. Ista avtorja poudarjata, da je uspešna komunikacija potrebna tudi pri sporazumevanju in prenosu informacij znotraj tima ZN. V ZN je po navedbah Hajdinjak in Meglič (2012) medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, terapevtski odnos. Terapevtski odnos ima svoj namen, in to je k pacientu usmerjeno komuniciranje in vsebine, ki so povezane z zdravjem. Zagotavljanje dobrega počutja pacienta, pospeševanje njegovega okrevanja in podpora in pomoč v času zdravljenja bolezni, vse to so elementi terapevtskega odnosa, uporabljeni v ZN (Hajdinjak in Meglič, 2012).

Kogovšek in Škerbinek (2002) navajata, da je terapevtska komunikacija veliko več, kot le prenašanje sporočil med ljudmi ter poudarjata, da je terapevtska komunikacija srečanje enega človeka z drugim. Vsak od njiju je vstopil v odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami, sposobnostmi in omejitvami in zavedati se moramo, da je vsak človek enkratni, in da mu lažje pomagamo, če ga bolje poznamo, ugotavljata avtorja. V nasprotju z običajno komunikacijo, pri kateri je cilj zadovoljevanje potreb vseh sodelujočih, je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje pacientovih potreb. Že na samem začetku, ko se s pacientom srečamo, je naš cilj vzpostavitev odnosa in ustvarjanje varnega, neogrožujočega okolja, kar je za starostnika z AB še posebej pomembno. Naslednja faza je poudarek na ugotavljanju potreb, na razjasnitvi ciljev in pričakovanj, v nadaljevanju pa skušamo slediti zadanim ciljem in zadovoljevati starostnikove potrebe (Kogovšek in Škerbinek, 2002).

Preglednica št. 1 prikazuje ključne značilnosti terapevtske komunikacije, povzete po avtorjih Pregelj in Kobentar (2009).

**Preglednica 1: Značilnosti terapevtske komunikacije**

Značilnost	Opis značilnosti
<b>Zaupanje</b>	Medicinska sestra si pridobi pacientovo zaupanje, ga posluša in sprejema njegove občutke. Sporočila morajo biti jasna, mi pa dosledni in spoštljivi.
<b>Sprejemanje</b>	Medicinska sestra sprejema pacienta takega kot je, sprejema njegovo osebnost. Svojo pozornost usmerja na pacientove pozitivne lastnosti, velikokrat ga pohvali.
<b>Empatija</b>	Razumevanje pacientovih občutkov in pacienta samega.
<b>Spoštovanje</b>	Izkazovanje spoštovanja pacientu z majhnimi dejanji, saj mu na ta način izkaže pozornost, kar poudari pacientovo vrednost in dostojanstvo.
<b>Samorazkrivanje</b>	Pacienta čim boljše spoznamo. Pogosto pacient zaupa svoja intimna doživljanja, samorazkrivanje medicinske sestre pa ni primerno, saj s tem ščiti sebe in pacienta ne obremenjuje s svojimi težavami.
<b>Zaupnost</b>	Medicinska sestra varuje pacientove podatke, kateri so strogo zaupni. Informacije o pacientu si izmenjuje le znotraj zdravstveno-negovalnega tima.

Eliopoulos (2010) navaja, da je pomembna naloga medicinske sestre zadovoljevanje potreb starostnika z AB, s pomočjo terapevtske komunikacije. Komunikacija in terapevtski odnos med starostnikom in medicinsko sestro sta osnova za kakovostno ZN in zadovoljstvo starostnika, poudarja isti avtor. Uporaba terapevtske komunikacije omogoča, da medicinska sestra vstopi v okolje starostnika z AB in z njim vzpostavi terapevtski odnos. Medicinska sestra pri svojem delu mora spoštovati temeljne človekove pravice in upoštevati vsa etična načela, še posebej pomembno pa je spoštovanje starostnikove zasebnosti in dostojanstva ter avtonomije. Terapevtska komunikacija je težka naloga za medicinsko sestro in pomembno in potrebno je, da jo obvlada, saj bo le tako komunikacija lahko zares uspešna (Eliopoulos, 2010).

Gašparovič (2007) navaja, da se nihče ne rodi z znanjem sporazumevanja z dementno osebo, hkrati pa poudarja, da se je le tega mogoče naučiti. Izboljšanje komunikacijskih veščin nam pomaga, da pri skrbi in negi starostnika z AB ne doživljamo toliko stresa, izboljša pa se tudi odnos do starostnika. Pri premagovanju težavnega obnašanja, na katerega pri dementnem starostniku večkrat naletimo, nam pomaga ravno dobra komunikacija, poleg tega pa tudi (Gašparovič, 2007):

**Pozitiven odnos:** govorica telesa je močnejša od besed. V pozitivnem razpoloženju, z ustrezno obrazno mimiko, tonom glasu in telesnim dotikom se prijazno in spoštljivo približamo starostniku ter pokažemo svojo namero.

**Pozornost starostnika:** zmanjšati je potrebno motnje v prostoru, utišamo radio in televizor, zapremo vrata in se umaknemo v miren kotiček. Preden želimo kaj povedati, si moramo pridobiti starostnikovo pozornost. Pokličemo ga po imenu, da se nam približa ter uporabimo neverbalne znake in dotike za ohranitev njegove pozornosti. Če starostnik sedi. Se mu približamo v njegovi višini in vzpostavimo očesni stik.

**Jasnost sporočila:** uporabljamo enostavne besede in tvorimo kratke stavke. Pomembno je, da govorimo počasi in razločno, z umirjenim tonom. Nikoli ne povzdiguje glas. Če nas starostnik ne razume prvič, sporočilo ponovimo z višjim tonom in malo glasneje.

Svoje sporočilo ponovimo z enakimi besedami kot prej. Če se zgodi, da nas starostnik zopet ne bi razumel, potem počakamo par minut in potem nadaljujemo z govorom. Pri pogovoru uporabljamo imena ljudi in krajev, izogibamo se okrajšav, zaimkov in priimkov.

**Enostavna vprašanja:** zastavimo mu samo eno vprašanje hkrati, z možnostjo odgovora DA/NE, vprašanjem z več možnimi odgovori pa se poskušamo izogibati.

**Poslušanje z ušesi, očmi in srcem:** pri čakanju na odgovor moramo biti zelo potrpežljivi. Če se starostnik trudi, da bi nam odgovoril na vprašanje, je prav, da mu pomagamo, npr. s predlogi (sugestijami). Pozorni smo na neverbalno komunikacijo ter si prizadevamo razumeti njegova občutja in pomen njegovih besed. Starostniki z AB velikokrat narobe uporabijo besede, a kljub temu z govorico telesa izrazijo svoje mnenje.

**Odmori med posameznimi aktivnostmi:** starostniku večkrat dodelimo aktivnosti v več delih, da bo posamezno nalogo lažje obvladal. Med posameznimi aktivnostmi moramo narediti kratek oddih. Naenkrat mu naročimo samo eno stvar (npr. naj se umije), izogibamo pa se dajanju več navodil hkrati (npr. naj se umije in obleče). Ko bo opravil eno aktivnost, mu damo čas, da si malce odpočije in se nato loti naslednje aktivnosti. Spodbujamo ga, da čim več naredi sam, da se potruji in stori, kar zmore. Pri aktivnostih, kjer potrebuje pomoč, mu vedno pomagamo. Poleg govora uporabljamo tudi neverbalno komunikacijo in potrdimo že povedano (npr. z roko mu pokažemo kam naj se usede), kar mu pomaga pri razumevanju.

**Obvladovanje odpora:** ko naletimo na odpor starostnika, se le temu prilagodimo. Če odklanja določeno aktivnost, pozornost poizkušamo preusmeriti drugam. Večkrat se zgodi, da starostnik z AB postane razdražljiv in v takem primeru poskusimo spremeniti temo ali okolje.

**Odgovor z naklonjenostjo in pomiritvijo:** starostniki z AB se velikokrat počutijo zmedene, negotove in zaskrbljene. Lahko si želijo stvari, ki si jih prej nikoli niso, ali pa trdijo nekaj, kar ni res. Izogibati se moramo prepričevanju, da nimajo prav. Ostati moramo pozorni na čustva, ki jih izražajo in so realna, odgovarjamo pa mu z besedami ter kretnjami, kot da jih razumemo in podpiramo. Ko so vsi drugi poizkusi v komunikaciji neuspešni pa držanje za roko, objem in pohvala velikokrat pripravijo starostnika z AB do odgovora.

**Spomin na stare čase:** pogovor o preteklosti velikokrat pomaga pri izvajanju določenih aktivnosti. Veliko starostnikov z AB ima okvarjen kratkoročni spomin, spominjajo pa se preteklih dogodkov.

**Smisel za humor:** priporočljivo je, da uporabljamo humor, kjer je le mogoče, vendar ne na račun starostnika. Starostniki z AB se nagibajo k ohranitvi socialnih veščin in običajno se smejiijo z nami.

Za vzpostavitev zaupljivega in pristnega odnosa s starostnikom z AB je potrebno upoštevati nekatera načela komunikacije s starostnikom z AB, ki jih povzemamo po Pentek (1997), Gašparovič (2007) in Mörec (2010):

- miren in počasen pristop,

- govorimo počasi in razločno ter v umirjenem tonu,
- uporaba kratkih in enostavnih stavkov,
- uporaba imen in ne zaimkov,
- uporaba besed, ki jih starostnik razume,
- v primeru, da se starostnik ne spomni besede, počakamo, da poišče primerno besedo ali jo nadomesti z drugo,
- starostnika spodbujamo h govorjenju in ga ne popravljamo, če smo sporočilo razumeli,
- v primeru, da nas starostnik z AB zamenja za nekoga drugega, se vživimo v vlogo,
- podajanje enega navodila, ne govorimo za njegovim hrbtom ali iz sosednjega prostora, saj ga le to zmede,
- obdržimo rdečo nit pogovora, tako da ponovimo, kar je rekel o njej, preden se izgubi,
- vzpostavimo pozitiven odnos in uporabimo mimiko obraza, ton glasu in telesni dotik, da pokažemo svojo namero,
- sta si pri komuniciranju eden nasproti drugega,
- se izognemo motečim dejavnikom,
- uporaba enostavnih vprašanja z možnostjo odgovora da ali ne,
- ostanemo pozorni na čustva, ki jih starostnik izraža- včasih držanje za roko, objem in pohvala pripravijo starostnika do odgovora,
- starostniku omogočimo, da nam pripoveduje o svojih spominih,
- uporaba humorja, kjer je mogoče, vendar nikoli na račun starostnika,
- skupaj s starostnikom lahko listamo po njegovih albumih in ga s tem spodbujamo h govorjenju,
- vzpostavimo stik z očmi,
- govorica telesa in mimike mora biti usklajena z besedno komunikacijo.

## **2 NAMEN IN CILJI**

Namen diplomske naloge je s pomočjo pregleda literature in empirične kvalitativne raziskave, opisati in razložiti proces, značilnosti in oblike komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z AB.

Cilji diplomskega dela so:

1. Opisati in razložiti potek komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z AB.
2. Opisati motnje in ovire, ki se pojavljajo pri komunikaciji s starostniki z AB.
3. Opisati metode in tehnike komuniciranja, ki pri starostnikih z AB pripomorejo h kakovostni zdravstveni oskrbi.

Na podlagi zastavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pogosto se zdravstveno-negovalno osebje v domovih starejših srečuje s starostniki, ki imajo AB?
2. Kako poteka proces komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem domov starejših občanov in starostniki z AB?
3. Katere motnje in ovire se lahko pojavijo pri komunikaciji s starostniki z AB?
4. Katere so metode in tehnike komuniciranja med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z AB?

### 3 METODE DELA IN MATERIALI

Podatki in viri za teoretični del v diplomski nalogi so bili zbrani s pomočjo pregleda domače in tuje literature na temo diplomskega dela. Iskanje literature je potekalo s pomočjo elektronskih baz podatkov Cobiss, ki je bilo omejeno na slovenski in angleški jezik. Ključne besede pri iskanju v slovenskem jeziku so bile: Alzheimerjeva bolezen, komunikacija, zdravstvena nega, starostnik, terapijska komunikacija. Ključne besede pri iskanju v angleškem jeziku pa so bile: »*Alzheimer's disease*«, »*nursing care*«, »*therapeutic communication*«. Dostopali smo tudi do literature, ki je dostopna na internetu, kot je Obzornik zdravstvene nege in tuji strokovni članki ter preko knjig, dostopnih v knjižnicah. Drugi del naloge je zajemal empirično raziskavo, ki je temeljila na kvalitativni raziskavi, le ta pa je bila izvedena s pomočjo polstrukturiranega intervjuja z zdravstveno-negovalnim osebjem v enem izmed slovenskih domov starejših občanov. V prilogi sta predstavljeni dve strani iz spominskega albuma, kot primer dela s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo.

#### 3.1 Vzorec

V vzorec je bilo vključenih pet medicinskih sester, od tega ena diplomirana medicinska sestra, štiri pa s srednješolsko izobrazbo na področju ZN. Vse so zaposlene na varovanem oddelku v enem izmed domov starejših občanov, kjer prevladujejo starostniki z demenco. Vsem udeleženkam intervjuja je bilo zastavljenih osem enakih vprašanj.

#### 3.2 Uporabljeni pripomočki in merski instrumenti

Pri raziskovanju smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja, polstrukturirani intervju, ki je obsegal vprašanja odprtega tipa in možnost poglobljanja v odgovore. Vprašanja za polstrukturirani intervju smo zastavili na podlagi pregleda literature, ki smo jo predstavili pri Uvodu k delu. Polstrukturirani intervjuji so vključevali vprašanja, ki so predstavljena v spodnji preglednici. Vseboval je osem vprašanj, na katere so udeleženke odgovorile, odgovore pa smo si zapisali in jih kasneje analizirali. Analiza podatkov je bila opravljena z induktivno metodo. Rezultate raziskave smo prikazali v obliki preglednic.

**Preglednica 2: Raziskovalna in intervjujska vprašanja**

Raziskovalna vprašanja	Intervjujska vprašanja
Proces komunikacije s starostniki z Alzheimerjevo demenco	<ul style="list-style-type: none"><li>Kako pogosto se pri svojem delu srečujete s starostniki z AB?</li><li>Kako poteka komunikacija med zdravstvenim osebjem in starostniki z AB; kdo prvi prične s komunikacijo, na kakšen način se vzpostavi prvi kontakt, kako poteka izmenjava informacij, kako se kaže vloga verbalne in neverbalne komunikacije, kako se preverja razumevanje?</li><li>Ali opazate kakšno razliko v komunikaciji pri starostnikih z AB in starostniki z demenco?</li></ul>
Motnje in ovire, ki se pojavljajo v komunikaciji pri starostnikih z Alzheimerjevo boleznijo	<ul style="list-style-type: none"><li>Katere motnje in ovire se lahko pojavijo pri komunikaciji s starostniki z AB?</li></ul>

Raziskovalna vprašanja	Intervjujska vprašanja
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kateri dejavniki na strani starostnika z AB vplivajo na komunikacijo?</li> <li>Kateri dejavniki na strani zdravstveno-negovalnega osebja vplivajo na komunikacijo s starostniki z AB?</li> <li>Kateri dejavniki na strani okolja vplivajo na komunikacijo s starostniki z AB?</li> </ul>
Pomoč pri komunikaciji s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na kakšen način si pomagata pri komunikaciji s starostniki z AB?</li> </ul>

### 3.3 Potek raziskave

Pred pridobljenim informiranim soglasjem za sodelovanje v raziskavi, smo udeleženkam najprej razložili namen in potek raziskave, jim zagotovili anonimnost v raziskavi in objavljanju rezultatov. Po opravljenih formalnostih smo se z vsako udeleženko individualno dogovorili za čas in kraj odgovarjanja na zastavljena vprašanja. Vse udeleženke so na vprašanja individualno odgovarjale v domu starejših, kjer so zaposlene. Odgovore na zastavljena vprašanja smo si natančno zapisali in vprašalnike ustrezno označili. Na začetku so bile udeleženke pri odgovarjanju na vprašanja nekoliko zadržane, potem pa so sproščeno začele odgovarjati na zastavljena vprašanja. Z udeleženkami smo opravili polstrukturiran intervju, ki je po Vogrincu (2008) prožna tehnika intervjuja. Najkrajši opravljen intervju je trajal 30 minut, najdaljši pa 60 minut. Glede na čas, ki so si ga udeleženke vzele, smo pridobili tudi primerne odgovore. Nekaterе udeleženke so govorile brez zadržkov in svoje izkušnje in doživljanja z veseljem delile z nami, pri eni udeleženci pa je bilo čutiti malo nervoze, kar je vplivalo tudi na pridobljene odgovore. Udeleženke so se pri odgovarjanju potrudile, saj smo dobili izčrpne odgovore. Dobljene odgovore smo najprej dobesedno prepisali, saj dobesedni prepis omogoča najbolj natančno analizo podatkov, ker vključuje vse informacije, razen neverbalne komunikacije in višine glasu. Dobljene podatke smo podrobno pregledali, jih primerjali, ponovno prepisali ter na koncu izločili podvojene odgovore, tako da smo dobili smiselno celoto. Za analiziranje kvalitativnega gradiva smo uporabili induktivno analizo vsebine, kar pomeni, da smo med analizo besedila z uporabo odprtega kodiranja oblikovali kode (Vogrinc, 2008). Vse kode, na katere smo pomislili v besedilu, smo zapisali. Nato smo iz kod oblikovali seznam nadrednih kategorij in kategorij ter napisali povzetke ugotovitev. Povzetke smo uporabili za oblikovanje odgovorov udeleženk intervjuja, ki smo jih na koncu primerjali s teorijo in cilji svoje raziskave. Končno besedilo smo uredili s programom Microsoft Office Word 2010. V veliko pomoč pri komunikaciji s starostniki z AB je tudi spominski album. V prilogi smo priložili prvo in zadnjo stran iz spominskega albuma mojega dedka, katerega sem izdelala jaz. Zaradi varovanja osebnih podatkov ljudi v albumu, smo objavili samo prvo in zadnjo stran albuma, kjer je na fotografijah dedek.

## 4 REZULTATI

V enem izmed domov starejših občanov v Sloveniji, smo v raziskovalnem delu diplomske naloge izvedli intervjuje z medicinskimi sestrami.

Vprašanja so bila vezana na temo komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z AB v institucionalnem varstvu.

Vse udeleženke intervjuja se vsakodnevno srečujejo s starostniki z AB, saj so vse zaposlene na varovanem oddelku, kjer se starostniki z demenco nahajajo, kar nam je bilo v pomoč, da smo dobili izčrpne odgovore.

Večina intervjuvanih medicinskih sester je odgovorila, da pri komunikaciji s starostniki z napredovalo AB najpogosteje uporabljajo enosmerno komunikacijo, pogosta pa je tudi uporaba telesne govorice. Pri komunikaciji s starostniki z AB sta zelo pomembni tako verbalna, kot tudi neverbalna komunikacija ter njuna kombinacija.

V prvem delu so udeleženke intervjuja odgovarjale na vprašanje o procesu komunikacije s starostniki z AB. Kot je razvidno iz Preglednice 3, smo v odgovorih udeleženk identificirali tri nadredne kategorije: pričetek komunikacije, oblike izmenjave sporočil ter zagotavljanje in preverjanje razumevanja. V sklopu prve nadredne kategorije o pričetku komunikacije smo določili naslednje kategorije: način pristopa, stadij bolezni in oblika demence. Iz odgovorov je razvidno, da je v načinu pristopa prisotna tako verbalna, kot tudi neverbalna komunikacija, da je pomembno, da pristopimo z glasnim in razločnim govorom ter počasnimi in umirjenimi kretnjami. Pričetek komunikacije je odvisen od stadija bolezni pri starostniku, oblika demence pa pri pričetku komunikacije nima posebnega pomena, saj je pristop najpogosteje enak, ne glede na obliko demence. V sklopu izmenjave sporočil, zdravstveno-negovalno osebje poudarja pomen verbalne komunikacije (počasno, glasno, umirjeno govorjenje), še bolj pa neverbalne (terapevtski dotik, pogled, nasmeh, božanje...) komunikacije. Kot tretjo nadredno kategorijo smo identificirali tudi zagotavljanje in preverjanje razumevanja. Odgovori udeleženk so bili zelo podobni, saj so vse odgovorile, da le tega ni potrebno posebno preverjati, ker se hitro opazi ali so povedano razumeli ali ne. Zgodi se, da ob nerazumevanju osebja starostniki iz svoje nemoči in zmedenosti postanejo razburjeni, včasih celo agresivni, kar so s svojimi odgovori potrdile tri udeleženke intervjuja.

**Preglednica 3: Proces komunikacije s starostniki z AB**

Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
Pričetek komunikacije	Način pristopa	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prvi kontakt se vzpostavi z verbalno (pozdrav) in neverbalno (dotik, direktni očesni kontakt, nasmeh) komunikacijo, v povezavi eno z drugim.</li><li>• Pristopimo z glasnim in razločnim govorom ter počasnimi in umirjenimi kretnjami.</li></ul>
	Stadij bolezni	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vse je odvisno od napredovanja bolezni.</li><li>• V začetnem stadiju bolezni jim le ta dopušča, da lahko tudi starostnik prvi začne s komunikacijo, pri napredovali bolezni pa je to zdravstveno-negovalno osebje, saj je komunikacija pri starostniku z AB takrat že otežena.</li></ul>



Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
	<b>Oblika demence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne glede na to, ali je demenca ali AB, pristopam na enak način.</li> <li>Med AB in demenco ne opažam posebnih razlik. Od vseh demenc najbolj izstopa alkoholna demenca, saj so starostniki bolj agresivni in nevodljivi, kot starostniki z drugimi vrstami demence.</li> <li>Vsakega poskušam obravnavati individualno, se mu posvetiti z dušo in telesom, kar pomeni, da bo tudi on lažje komuniciral, ne glede na vrsto demence.</li> </ul>
<b>Oblika izmenjave sporočil</b>	<b>Verbalna komunikacija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pomembno je postavljanje čim krajših in razumljivih vprašanj, z možnostjo odgovora »DA« oz. »NE«. Pri pogovoru ne uporabljamo strokovnih izrazov, temveč njemu poznane besede. V kolikor nas starostnik ne razume, večkrat pokažemo in ponovimo iste stvari, seveda na umirjen način s poskusom približanja komunikacije, da bi nas lažje razumel.</li> <li>Pomembno je, da jih zdravstveno-negovalno osebje pohvali, saj to blagodejno vpliva na njihovo počutje.</li> </ul>
	<b>Neverbalna komunikacija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je zelo izrazita in pomembna.</li> <li>Pri napredovali AB je neverbalna komunikacija še bolj izrazita.</li> <li>Uporaba terapijskega dotika, direkten pogled, nasmeh, božanje, objemanje, skratka vse, kar ima blagodejen in pomirjujoč učinek. Pomembno je, da se počutijo sprejete in da nam zaupajo, kar dosežemo na tak način.</li> <li>Pomemben je miren, umirjen in počasen pristop, brez naglih gibov.</li> <li>Z neverbalno komunikacijo dodatno potrdimo že povedano, da nas starostnik lažje razumel.</li> </ul>
<b>Zagotavljanje in preverjanje razumevanja</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Potrebno je pozorno poslušanje starostnikov.</li> <li>Če je bilo povedano razumljeno, starostnik uspe opraviti aktivnost. V kolikor povedanega ni razumel, se to zelo hitro opazi (postane zmeden, ima izgubljen pogled, lahko se razburi in postane agresiven, nekateri se začnejo braniti, ker ne vedo, kako bi se odzivali drugače - počutijo se ogroženi...).</li> <li>Razumevanja ne preverjam na kakšen poseben način, ker se to zelo hitro opazi.</li> </ul>

V drugem delu so udeleženske odgovarjale na vprašanja o motnjah in ovirah, ki se pri starostnikih z AB pogosto pojavljajo. V odgovorih smo identificirali tri nadredne kategorije: starostnik, osebje in okolje (Preglednica 4). Znotraj teh nadrednih kategorij smo določili še kategorije, glede na različne pomene odgovorov. Iz odgovorov o motnjah in ovirah s strani starostnika je razvidno, da na komunikacijo vplivajo številni vidiki: bolezenski (motnje pomnjenja), komunikacijski (otežena komunikacija), okoljski (nepoznano okolje) in osebnostni (osebnostne lastnosti). S strani zdravstveno-negovalnega osebja na komunikacijo vplivajo naslednji vidiki: organizacijski, osebnostni, komunikacijski in izobraževalni. Pomanjkljivosti se kažejo na organizacijskem področju (pomanjkanje časa, preobremenjenost z delom), osebnostnem področju (prevelika pričakovanja, pomanjkanje empatije in potrpljenja) ter

komunikacijskem področju (nerazumevanje starostnika), problem pa se kaže tudi na izobraževalnem področju, zaradi slabšega poznavanja bolezni. Vpliv na starostnika z AB ima tudi okolje, predvsem novo in nepoznano okolje (ne najdejo sobe, stranišča), moteč dejavnik pa je tudi hrupnost in glasnost v prostorih.

**Preglednica 4: Motnje in ovire pri komunikaciji s starostniki z AB**

Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
Starostnik	Bolezniški vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motnje pomnjenja.</li><li>• Pri napredovanju bolezni nastane problem, ker zaradi izgube občutka za bolečino, lakoto in žejo, izločanje in odvajanje, posledično le tega tudi ne morejo povedati.</li><li>• Ko bolezen napreduje, začnejo osebje zamenjevati za svoje domače (mamo, očeta, babico...).</li></ul>
	Komunikacijski vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Okvara sluha in govora.</li><li>• Otežena verbalna komunikacija in razumevanje povedanega (konfabulacija besed, nejasen govor, napačni odgovori zaradi napačne interpretacije vprašanja, izgubljanje rdeče niti v pogovoru, nezmožnost dokončanja stavka, postavljanje enih in istih vprašanj, težko sledenje pogovoru...).</li></ul>
	Okoljski vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Težave pri komunikaciji nastanejo zaradi novega in nepoznanega okolja, saj starostnike z Alzheimerjevo boleznijo le to dodano vznemiri.</li></ul>
	Osebnostni vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Na komunikacijo vplivajo tudi posameznikove osebnostne lastnosti (pri nekaterih starostnikih z AB pride do pomanjkanja pozornosti, lahko pa tudi do nemira, v skrajnem primeru tudi do agresije).</li></ul>
Osebje	Organizacijski vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preobremenjenost z delom.</li><li>• Pomanjkanje časa zdravstveno-negovalnega osebja zaradi velikega števila stanovalcev, kar posledično privede do neučakanosti in nestrpnosti, kar se prenaša tudi na starostnike z AB.</li><li>• Menjavanje stalnega osebja na oddelku na starostnike z AB ne vpliva blagodejno.</li></ul>
	Osebnostni vidik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Občasno se zgodi, da zaradi preobremenjenosti z delom in pomanjkanja časa in energije pride tudi do pomanjkanja empatije in potrpljenja, kar se pokaže v neustreznem odnosu do starostnika.</li><li>• Pričakovanja zdravstveno-negovalnega osebja so včasih prevelika in zdravstveno-negovalno osebje zahteva od starostnikov več kot zmorejo, predvsem pri verbalni komunikaciji in raznih aktivnostih.</li></ul>

Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
	<b>Komunikacijski vidik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nerazumevanje starostnika zaradi otežene komunikacije.</li> <li>Napačno podana navodila ter napačno spraševanje in odgovarjanje</li> <li>Zgodi se, da jim včasih ne znamo povedati na drugačen način in jim približati komunikacije, da bi nas lažje razumeli.</li> </ul>
	<b>Izobraževalni vidik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Slabše poznavanje bolezni.</li> </ul>
<b>Okolje</b>	<b>Okoljski vidik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Težave pri komunikaciji velikokrat nastanejo zaradi novega in nepoznanega okolja (ne najdejo sobe, stranišča, kopalnice...).</li> <li>Problem nastane v glasnem in hrupnem okolju (govorjenje več oseb hkrati, pretirana animacija in pozornost), saj starostnike z AB to vznemirja, ker se ne morejo fokusirati.</li> </ul>

V tretjem sklopu so udeleženske odgovarjale na vprašanje na kakšen način si pomagajo pri komunikaciji s starostniki z AB. V odgovorih smo identificirali štiri nadredne kategorije in sicer: komunikacijski vidik, organizacijski vidik, odnosni vidik in izobraževalni vidik (Preglednica 5). Znotraj nadrednih kategorij smo identificirali sledeče kategorije: pristop, verbalna in neverbalna komunikacija, zaposleni, svojci in aktivnosti, izobraževanje in okolje. Iz odgovorov udeleženk je razvidno, da je pri komunikacijskem vidiku zelo pomemben pravilen pristop in komunikacija, ki jo prilagodimo starostniku z AB. Z organizacijskega vidika je pomembna stalnost enakega osebja na varovanem oddelku, dober timski duh zaposlenih, sodelovanje s svojci ter primerno urejeno okolje, ki starostniku olajšuje orientacijo. Kar se tiče odnosnega vidika so udeleženske ponovno poudarile miren in počasen pristop do starostnika, dober timski duh zaposlenih, notranji mir zdravstveno-negovalnega osebja, pozitivno naravnani odnos do starostnika ter to, da mu znamo posvetiti svoj čas, ki pa ga pogosto primanjkuje. Dve udeleženci sta se strinjali, da jim pri delu s starostniki z AB pomagajo tudi razna izobraževanja o demenci.

**Preglednica 5: Pomoč pri komunikaciji s starostniki z AB**

Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
<b>Komunikacijski vidik</b>	<b>Pristop</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pri komunikaciji je zelo pomemben miren in počasen pristop, delo z veliko mero potrpežljivosti, razumevanja in strpnosti.</li> <li>Pomembno je, da si s pravim pristopom zagotovimo njihovo zaupanje.</li> </ul>
	<b>Verbalna komunikacija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da nas starostniki z AB lažje razumejo, je potrebno pozorno poslušanje ter glasno in razločno govorjenje.</li> <li>Pomagamo si s postavljanjem čim krajših in razumljivih vprašanj, z možnostjo odgovora DA/NE, ne uporabljamo strokovnih izrazov, ampak komunikacijo, ki je blizu starostniku. V kolikor nas starostnik ni razumel, z drugimi besedami in na umirjen način ponovimo že povedano ter le to okrepimo še z neverbalno komunikacijo.</li> </ul>

Nadredna kategorija	Kategorija	Zbrani in urejeni odgovori
	<b>Neverbalna komunikacija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Za lažje razumevanje povedanega si pomagamo z izrazito neverbalno komunikacijo (umirjeni gibi, pogled, dotik, božanje, nasmeh, dodatno usmerjanje z rokami in z glavo...).</li> </ul>
<b>Organizacijski vidik</b>	<b>Zaposleni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stalnost enakega osebja na varovanem oddelku.</li> <li>• Dober timski duh zaposlenih.</li> <li>• Če se le da, delamo počasi in umirjeno, posvetimo čas in ne dajemo občutka, da se nam mudi.</li> </ul>
	<b>Okolje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starostniku moramo omogočiti mirno in ustrezno okolje, saj le to dobro vpliva na njegovo počutje. Na vratih sob so obešene tablice, na katerih pišejo imena in priimki starostnikov, za lažjo prepoznavnost, pa so poleg tudi njihove fotografije, da svojo sobo, še lažje poiščejo. V skupnih prostorih so na veliko, z velikimi tiskanimi črkami napisani dan, mesec in leto.</li> </ul>
	<b>Svojci in aktivnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vključevanje svojcev v ZN, veliko skupinske terapije ter vključevanje starostnika v različne aktivnosti (igre, sprehodi, družabne prireditve, urejanje vrta...) so v veliko pomoč pri komunikaciji, saj jih na ta način spodbujamo h govoru in aktivnosti.</li> </ul>
<b>Odnosni vidik</b>	<b>Pristop</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potreben je počasen in miren pristop do starostnika z AB, v harmoniji z empatijo, potrpežljivostjo in veliko mero strpnosti in razumevanja.</li> <li>• Če starostnika z AB vznemiri določena stvar, moramo to opaziti in se odmakniti, da ga ne vznemirjamo po nepotrebnem, potem pa ponovno pristopimo in ponovimo postopek.</li> </ul>
	<b>Zaposleni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomemben je dober timski duh zaposlenih, saj se le ta prenaša tudi na starostnike z AB.</li> <li>• V veliko pomoč pri delu s starostniki z AB je notranji mir.</li> <li>• Pomemben je pozitivno naravnan odnos do starostnika z AB.</li> <li>• Pomembno je, da posvetimo svoj čas, pa čeprav nam le tega zaradi števila stanovalcev in obsega dela velikokrat primanjkuje.</li> </ul>
<b>Izobraževalni vidik</b>	<b>Izobraževanje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V veliko pomoč pri delu s starostniki z AB so ravno izobraževanja o demenci.</li> </ul>

## 5 RAZPRAVA

Pomen komunikacije je tako na poklicnem kot tudi na osebnem področju vedno bolj v ospredju. Poklic medicinske sestre zaradi narave svojega dela z ljudmi zahteva poznavanje in obvladovanje terapevtske komunikacije. Brez nje ni mogoče zagotoviti učinkovite in kakovostne ZN, učenja pravilne komunikacije pa se je potrebno naučiti že v času izobraževanja medicinske sestre. Medicinska sestra lažje spremlja pacienta in mu nudi ustrezno ZN, če ima ustrezno znanje in izkušnje s področja komunikacije. Medicinska sestra neprestano komunicira s pacienti in s tem pridobi pomembne informacije o pacientu, ugotovi njegove potrebe, želje in pričakovanja. Poleg tega, da je komunikacija del dela medicinske sestre, pa je tudi sredstvo za pomoč pacientu pri njegovih telesnih in psiholoških potrebah. Je proces, ki se razvija s pomočjo stalnega samoopazovanja, učenja ter poklicne in osebnostne rasti v odnosu medicinska sestra - pacient.

Pri pregledu literature smo ugotovili, da je sama AB zelo aktualna in obravnavana tema. AB z naraščanjem starosti postaja vedno bolj pogosta, pri njej pa so najbolj prizadete kognitivne sposobnosti starostnika. Število starejšega prebivalstva narašča, zato naj bi se pojavnost AB v prihodnosti še povečala (Grad, 2007). Komuniciranje med medicinsko sestro in starostnikom z AB je bistveno za uspešno delo, ki zahteva veliko razumevanja, potrpežljivosti in iznajdljivosti. Medicinska sestra se zaveda, da proces komunikacije ni spontan, že od nekdaj naučen, temveč, da se je komunikacije potrebno zavestno učiti. Znati komunicirati pomeni, da prilagodimo način komunikacije konkretno določenemu cilju. Zasledili smo kar nekaj literature in raziskav o komunikaciji, ki se odvija med medicinsko sestro in starostnikom z AB. Tu je ključnega pomena izvajanje učinkovite ZN, ki je temelj za izgraditev pristnega medosebnega odnosa med medicinsko sestro in starostnikom z AB.

Cilj naše raziskave je bil ugotoviti, s kakšnimi težavami se medicinske sestre srečujejo pri komunikaciji s starostniki z AB in na kakšen način rešujejo ovire.

Z opravljenimi polstrukturiranimi intervjuji s petimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi na varovanem oddelku v enem izmed domov starejših občanov v Sloveniji smo ugotovili, kateri in kakšni so načini za uspešno komunikacijo s starostniki z AB. Ugotovili smo, da se vse udeleženke intervjuja uspešno soočajo z ovirami in vedno najdejo uspešen način komunikacije, saj s takimi starostniki delajo že vrsto let.

Na vprašanje, kako pogosto se intervjuvane medicinske sestre srečujejo s starostniki z AB, so vse odgovorile, da vsakodnevno, saj so zaposlene na varovanem oddelku, kjer so pogosto starostniki z demenco.

Delo s starostniki z AB zahteva veliko časa, intervjuvane medicinske sestre pa navajajo, da zaradi preobremenjenosti, prezahtevnosti in pomanjkanja kadra velikokrat le tega primanjkuje. Sama sem mnenja, da je to velik problem, tako za zagotavljanje kakovostne ZN, kot tudi za uspešno komunikacijo.

Medicinske sestre pri komunikaciji s starostniki z AB uporabljajo dvosmerno komunikacijo v začetnem stadiju bolezni. Pri napredovanju bolezni pa je značilen nerazumljiv govor, ki poteka večinoma v zlogih. V končnem stadiju se starostniki z AB

ne odzivajo več na govor, zato je takrat bolj pomembna enosmerna komunikacija in izrazita uporaba telesne govorice, ponavljanje besed ter vzpostavljanje stika z očmi. Le to so potrdile tudi udeleženke intervjuja, saj poudarjajo pomen tako verbalne, ko tudi neverbalne komunikacije ter pomembnost njune kombinacije.

Lokar in Balkovec (1987) potrjujeta, da je besedna govorica pri starostnikih z demenco pogosto otežena, zato pogosto uporabljamo telesno govorico, v povezavi s simbolno govorico. Filipič (1998) navaja, da preko telesne govorice starostnik daje različne signale, le ti pa nam pomagajo pri prepoznavanju starostnikovih potreb, želja in njegovega duševnega in zdravstvenega stanja. Za vzrok motene besedne komunikacije udeleženke intervjuja navajajo prizadet govor in motnje s sluhom, le to pa so tudi nasploh pogoste težave v obdobju starosti.

Udeleženke intervjuja se za vzpostavitev zaupljivega in pristnega odnosa s starostnikom z AB poslužujejo različnih tehnik in veščin komunikacije. Prav tako, kot Mörec (2010), tudi udeleženke intervjuja dajejo poudarek na mirnem in počasnem pristopu k starostniku z AB ter delu z veliko mero potrpežljivosti, razuma in strpnosti. Z Mörec (2010) se strinjajo tudi udeleženke intervjuja, saj so mnenja, da je pomembno natančno in pozorno poslušanje starostnikov ter pravilno zastavljanje vprašanj z ustrezno oblikovanimi odgovori. Potrebno je jasno govorjenje, večkratno ponavljanje in še posebno v primeru naglušnosti glasen govor, vendar ne kričanje. To jim omogoča ustrezno znanje, neprestano izobraževanje, obvladovanje terapevtske komunikacije in dolgoletne izkušnje s starostniki z AB. Velik poudarek dajejo tudi na vzpostavitev odnosa, ki mora temeljiti na zaupanju, empatiji, spoštovanju in sprejemanju pacienta takega kot je, kar nam tudi narekujejo načela terapevtske komunikacije. Medicinske sestre skušajo komunikacijo prilagoditi glede na sposobnosti razumevanja starostnikov in poznajo veščine tako verbalne, kot tudi neverbalne komunikacije, pravočasno prepoznajo težave, s katerimi se starostnik srečuje, jih uspešno rešujejo in usmerjajo. Pomembno je, da medicinska sestra pri izvajanju komunikacije in ZN ohranja spoštovanje do starostnika z AB, starostnika spodbuja in vzdržuje njegove sposobnosti in aktivnosti, česar se zavedajo tudi udeleženke intervjuja in te aktivnosti izvajajo z različnimi terapevtskimi skupinami, družabnimi prireditvami, igrami in vključevanjem starostnika v različne aktivnosti. Velik pomen dajejo tudi na vključevanje svojcev v ZN.

Filipič (1998) navaja, da med motnje v komunikaciji, ki prihajajo s strani starostnika z AB, prištevamo tudi nemirno in neustrezno okolje, kar so potrdile tudi udeleženke intervjuja. Za lažje sporazumevanje s starostnikom z AB je potrebna ustrezna prilagoditev prostora, ter uporaba simbolov in znakov, ki starostniku olajšajo razumevanje. V domu starejših občanov, kjer smo opravili intervjuje to težavo rešujejo na ustrezen način, saj imajo varovani oddelek, v katerem bivajo starostniki z demenco, tudi AB. Prostori na oddelku starostnikom omogočajo časovno in krajevno orientacijo, saj imajo starostniki na vratih svojih sob obešene tablice, na katerih je njihovo ime in priimek, za še boljšo orientacijo pa je priložena še njihova fotografija. V skupnih prostorih pa imajo na vidnem mestu objavljen datum in dan ter urnike dejavnosti, ki se dogajajo čez dan.

Težava starostnika z AB je, da sproti pozablja stvari in dogodke iz svojega življenja, zato pogosto ne vemo, kako bi navezali stik in začeli smiselni pogovor z njim (Powell,

2007). Ena izmed terapevtskih oblik dela s starostnikom z demenco je tudi uporaba spominskega albuma, katerega pripravimo že v zgodnjih stopnjah obolenja, kot obliko avtobiografije, ki je dopolnjena z imeni ključnih oseb in dogodkov v življenju starostnika z demenco (Powell, 2007). Isti avtor navaja, da je spominski album namenjen temu, da lahko starostnik kadarkoli pogleda vanj in si obnovi vsaj del spomina ter dobi bistvene odgovore na lastna vprašanja (kdo je, kje se je rodil, koliko otrok ima...). Udeleženke intervjuja take oblike dela s starostnikom z AB sicer niso izpostavile, je pa ta metoda poznana in uveljavljena. Sama sem skrbela za ata, ki se mu je AB zaradi izlitja krvi v lobanjsko dno, poslabšala. Zaradi bolniške postelje je sprva mislil, da je v bolnišnici, mene je zamenjal za medicinsko sestro ipd. Začel se je izgubljati in začutila sem njegov strah. Sprva sem mu vsakodnevno, večkrat na dan morala povedati, da je doma, da sem njegova vnukinja ipd. To ni zadostovalo, saj je zaradi bolezni mislil, da to ni res. Zavedla sem se, da bi bilo dobro, da povedano podkrepim s kakšno fotografijo in mu tako najprej pokazala fotografijo, na kateri sva jaz in on, da me je prepoznal, kot vnukinjo. V takih situacijah sem mu povedano podkrepila še s fotografijo in s tem odpravila njegove dvome, si pridobila zaupanje in tako sva zgradila dober odnos. Ugotovila sem, da bi bilo dobro vse ključne podatke in fotografije iz njegovega življenja zbrati na eno mesto. Naredila sem spominski album (Priloga 1), v katerem so zbrane ključne fotografije in kratek opis iz njegovega življenja (ime in priimek, datum in kraj rojstva, podatki o starših, bratih, sestrah, datum poroke, datum prve zaposlitve in upokojitve, ključni podatki o otrocih in vnukih, naslov in kraj bivanja...). Album je imel na vidnem mestu in velikokrat mu je le ta odgovoril na zastavljeno vprašanje, ker je stvari videl tudi na fotografijah. S tem sem prihranila veliko nepotrebnih besed in prepričevanja v nekaj, čemur prej ni zaupal in verjel. S ponosom lahko povem, da sem bila kljub poslabšanju njegove AB, do konca njegove poti še vedno njegov »Mišo«, da je prepoznal sorodnike in vedel kje se nahaja, ter da so mu bila prihranjena prej vsakodnevna, ena in ista vprašanja. K temu pa so pripomogle ravno fotografije iz spominskega albuma (Priloga 1), predvsem pa vsakodnevni obiski, pogovori, skrb in ljubezen do njega. V prilogi diplomske naloge, sta zaradi varovanja osebnih podatkov ljudi na fotografijah, objavljeni le prva in zadnja stran albuma (Priloga 1), za kateri sem pridobila ustno soglasje sinov pokojnega.

## 6 ZAKLJUČEK

Pri pisanju diplomske naloge smo ugotovili, da AB prizadene vedno več starostnikov. Ko bolezen napreduje, starostniki postopoma izgubljajo svojo samostojnost pri življenjskih aktivnostih, peša pa jim tako duševno, kot tudi telesno zdravje. Zaradi različnih vzrokov, kot so motnje spomina, težave z govorom in sluhom ter težave pri krajevni in časovni orientaciji, je pogosto motena tudi komunikacija. Poudariti je potrebno, da sta vzrok za moteno komunikacijo tako starostnik z AB kot tudi medicinska sestra oz. zdravstveno-negovalno osebje.

Za kakovostno in učinkovito komunikacijo s strani medicinske sestre je zelo pomembno poznavanje AB. Ta mora poznati načine ustrezne komunikacije ter obvladati tehnike terapevtske komunikacije. Za oblikovanje odnosa med medicinsko sestro in starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo je ključnega pomena ravno pravilna komunikacija.

Na podlagi zastavljenih ciljev smo z opravljeno raziskavo dobili odgovore petih medicinskih sester, iz katerih smo ugotovili, da se medicinske sestre vsakodnevno soočajo s težavami v komunikaciji s starostniki z AB. Težave, ki se pojavljajo pri starostnikih z AB so povezane z motnjami pomnjenja, okvaro sluha in govora, oteženo verbalno komunikacijo ter težave zaradi novega in nepoznanega okolja idr.

Ugotavljamo, da je pri delu s starostniki z AB komunikacija ključnega pomena, kar poudarjajo tudi udeleženke raziskave. Medicinske sestre težave v večji meri poskušajo reševati s pravilnim pristopom, ustreznim odnosom do starostnika in seveda, uporabo terapevtske komunikacije. Za učinkovito komuniciranje s starostniki z AB medicinske sestre uporabljajo še druge načine, kot so vključevanje v terapevtske skupine, družabne prireditve, vključevanje svojcev v ZN, igre, sprehodi idr. Pomembno pri komunikaciji s starostniki z AB je tudi dobra označenost prostorov (soba, stranišče, kopalnica), da se starostniki lažje znajdejo v prostoru.

Težave se ne pojavljajo samo zaradi starostnika z AB, ampak tudi zaradi zdravstveno-negovalnega osebja. Zaradi preobremenjenosti z delom, pomanjkanja časa in energije, občasno pride tudi do pomanjkanja empatije in potrpljenja, kar se pokaže v neustreznem odnosu do starostnika z AB, kar vpliva na komunikacijo. Pričakovanja s strani zdravstveno-negovalnega osebja so do starostnikov z AB so pogosto prevelika in od njih zahtevajo več, kot zmorejo, predvsem pri verbalni komunikaciji, le to pa starostnika vznemiri. Do nerazumevanja osebja pride zaradi otežene komunikacije starostnika, napačno podanih navodil ter napačnega spraševanja ali odgovarjanja. Udeleženke intervjuja so mnenja, da je vzrok lahko tudi slabše poznavanje bolezni, zato so priporočena izobraževanja o demenci in AB.

Pri raziskavi smo ugotovili, da je pri delu s starostniki z AB, poleg pravilnega pristopa in komunikacije, zelo pomemben tudi notranji mir zaposlenih in dober timski duh, saj se le ta prenaša tudi na starostnike z AB. Potreben je miren in počasen pristop, delo z veliko mero potrpežljivosti, razumevanja in strpnosti. Upoštevati je potrebno načela terapevtske komunikacije, kar pa se tiče organizacije, je dobro, da je na varovanem oddelku poskrbljeno za stalno osebje, saj menjavanje osebja vznemiri starostnike z AB.



Potrebe in želje starostnika z AB medicinske sestre prepoznajo tako, da se mu popolnoma posvetijo in intenzivno delajo z njim. K temu pripomorejo tudi njihove dolgoletne izkušnje in tako hitro najdejo način ustrezne komunikacije s starostniki z AB.

## 7 VIRI

- BATTA, M., BUNDALO BOČIČ, M., ČEBAŠEK-TRAVNIK, Z., ČELAN-STROPNIK, S., ČUČEK-TRIFKOVIČ, K., DRAKŠIČ, M., in sod., 2011. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: UNI ZALOŽBA
- BELIČ, M., 1997. Dom za starejše občane kot tretji dom. V: HOJNIK ZUPANC, I., ur. *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 34 in 127
- BERKOW, R., 2005. *Veliki zdravstveni priročnik za domačo uporabo*. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 366–369
- BLEJC, U., 2007. To ni zgolj staranje. *Zdravje*, št. 29, str. 67
- ČUK, V., 2005. Komunikacija v zdravstveni negi. V: TRAMPUŽ, R., ur. *Komunicirajmo med seboj: zbornik prispevkov, Ajdovščina, 15. in 22. oktober 2005*. Nova Gorica : Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, str. 10–27
- ČUK, V., 2011. Celostna obravnava starostnika z duševno motnjo. V: JURDANA, M., POKLAR VATOVEC, T., PERŠOLJA ČERNE, M., ur. *Razsežnosti kakovostnega staranja*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče: Univerzitetna založba Analles, str. 179–193
- EKMANN, S.L., 1996. *Monolingual and bilingual communication between patients with dementia disease and their caregivers*. International Psychogeriatrics str. 127–132
- ELIOPOULOS, C., 2010. *Gerontological nursing*. Philadelphia: PA: Wolters Kluwer/ Health/ Lippincott Williams & Wilkins
- FILIPČIČ, I., 1998. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 32, št. 5/6, str. 221–225
- FINK, I., GOLTNIK URNAT, A., ŠTEVANČEC, D., 2009. *Poslovno komuniciranje*. [spletni vir]. [Datum dostopa: 12.02.2016]. Dostopno na [http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti\\_dokumenti/Poslovno\\_komuniciranje-Fink\\_Goltnik\\_Stevancec\\_.pdf](http://www.impletum.zavod-irc.si/docs/Skriti_dokumenti/Poslovno_komuniciranje-Fink_Goltnik_Stevancec_.pdf), str. 6, 9 in 12
- GAMSE, J., 1998. Nemedikamentozni ukrepi pri demenci. V: KOGOJ, A., ur. *I. Psihogeriatrično srečanje: Kranjska Gora 27. In 28 november 1998*. Ljubljana: Spominčica- Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana,, str. 39
- GAŠPAROVIČ, M., 2007. *Priročnik za družinske negovalce*. Grosuplje: Dom starejših občanov, str. 99 in 100

- GRAD, A., 2007. O demenci [spletni vir]. *Kapnik*, letn. 5, št. 12, str. 9-14. [Datum dostopa: 13.12.2015]. Dostopno na <http://www.zdruzenjecvb.com/clanki/pdf/12-o-demenci-grd.pdf>
- GRAHAM, N., WARNER, J., 2013. Understanding Alzheimer's disease & other dementias. V: BITENC A., ur. *Demence in Alzheimerjeva bolezen*. 1. izd. Ljubljana: ebesede
- GRESS- HEISTER, M., 2003. Basis für Rechtzeitige Spezifische Interventions-Therapie. V: FÜSGEN, I., ur. *Sprech- und Schluckstörungen- Problemfeld in der Demenztherapie*. Frankfurt am Main: Zukunftsforum Demenz, str. 19–28
- HAJDINJAK, A., MEGLIČ, R., 2012. *Standardi zdravstvene nege*. 2. Izd. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, str. 45 in 88
- HAUPTMAN, R., LILEK, V., SMOVNIK, S., 2002. Vloga medicinske sestre pri obravnavi dementnega bolnika. V: KORES PLESNIČAR, B., EDŠID, V., KOVAČEVIĆ, M., KRANJC, L., ur. *Zbornik predavanj 2: Dnevi mariborske psihiatrije, 21. junij 2002*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo str. 47
- HÜLSEN, A., 2010. *Zid molka: oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij*. 1. Izd. Logatec: Firis Imperl & Co
- IVANUŠA, A., ŽELEZNIK, D., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. 2. Izd.. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 41
- KLEMENC, D., 2006. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. V: PAJNKIHAR, M., LAHE, M., KAUČIČ, B., M., FILEJ, B., ur. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babilške nege- Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babilške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Založba Pivec, str. 44
- KLJUČEVŠEK NOVAK, B., 1994. Dementni bolnik v domu za starejše občane. V: PENTEK, M., ur. *Dementni bolnik in njegova okolica: 1. Učna delavnica, Medijske toplice- Izlake, 20. in 21. maja 1994*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 43–51
- KOBENTAR, R., KOGOVŠEK, B., ŠKERBINŠEK, L., 1996. Komunikacija-komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. *ObzorZdravNeg*, letn. 30, št. 1/2, str. 13–19
- KOBENTAR, R., 2009. Zdravstvena nega pacienta z demenco. V: PREGELJ, P., KOBENTAR, R., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Rokus Klett, str. 90–99
- KOGOJ, A., MIKLUŽ, B., DRAGAR, J., 1996. *Varovanec z demenco v družini*. Ljubljana: Tiskarna Čuk, str. 27

- KOGOJ, A., 2009. Najpogostejše oblike demence. V: MENCEJ M., ur. *Bolezni in sindromi v starosti 3*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 31–35
- KOGOVŠEK, B., ŠKERBINŠEK, A., 2002. *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. 1. Izd. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, str. 24 in 25
- KOSTNAPFEL, J., 1986. Senilna in presenilne demence. V: MILIČINSKI L., ur. *Psihijatrija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, str. 199–202
- KOŠIR, A., 2004. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave pacienta kot subjekt v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege, letn. 38*, str. 297–303
- LOKAR, J., BALKOVEC, I., 1987. Organske duševne motnje in proces zdravstvene nege. *ObzorZdrNeg, letn. 21, št.5-6*, str. 215–226
- MALI, J., MILOŠEVIČ ARNOLD, V., 2007. *Demenca- izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani, str. 55
- MAUER, P., 2007. *Neverbalna komunikacija kot (ne)kakovostna prvina v pedagoškem procesu:diplomska naloga*. Ljubljana: FDV
- MILOŠEVIČ ARNOLD, V., MALI, J., 2008. Demenca kot izziv za socialno delo. V: ŠTRUKELJ, K, B., KOGOJ, A., ur. *Gerontopsihijatrija - izziv in priložnost sodobnega časa / 5. psihogeriatrično srečanje, Zreče, 11. in 12. april 2007*. Ljubljana: Spominčica- Združenje za pomoč pri demenci, Psihiatrična klinika Ljubljana, str. 8–18
- MÖREC, D., 2010. Inovativna validacija- oblika dela z dementnimi starostniki. V: KAVAŠ, E., ZRIM, M., ŠUMAK, I., ur. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: Zbornik strokovnega seminarja*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, str. 21 in 22
- MURŠEC, M., 2002. Nemedikamentozni ukrepi pri vedenjskih simptomih demence. V: KORES PLESNIČAR, B., EDŠID, V., KOVAČEVIĆ, M., KRANJC, L., ur. *Zbornik predavanj 2: Dnevi Mariborske psihijatrije, 21. Junij 2002*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihijatrijo, str. 43
- MURŠEC, M., 2007. *Obrazi demence. Zbornik strokovnih prispevkov srečanja. Ali se znamo učinkovito spoprijeti s stresom in depresijo? Demenca, kaj bi morali vedeti? 14. do 15. Februar 2007*. Maribor: Zavod za zdravstveno zavarovanje Maribor, str. 76–82
- MYERS, T., 2009. *Mosby's medical dictionary: Medical dictionary*. 8th ed. St. Louis (Missouri) : Mosby, Elsevier, str. 462
- PAJNKIHAR, M., 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola

- PAJNKIHAR, M., LAHE, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom, V: FILEJ, B., KAUCIČ, B., M., LAHE, M., PAJNKIHAR, M., ur. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelj a zdravstvene in babiške nege: Zbornik predavanj in posterjev 1. Simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 32
- PALADIN, M., 2011. *Neverbalna komunikacija: dopolniti besede in biti prepričljiv*. Nova Gorica: Educa, str. 34, 38–40
- PENTEK, M., 1997. Dementnost in načini ohranjanja miselne, čustvene in socialne svežine. V: HOJNIK ZUPANC, I., ur. *Dodajmo življenje letom*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, str. 146
- PREBIL, A., MOHAR, P., DROBNE J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba, str. 117–119
- PREGELJ, P., KOBENTAR, R., ur. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: 1. Izd. Rokus Klett
- POWELL, J., 2010. *Poti k sporazumevanju: Pomoč starejšim pri demenci: Vodič za delo negovalcev*. Ljubljana, str. 16
- RAKOVEC-FELSER, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen*. 1. Izd. Maribor: Založba Pivec, str. 331
- RUNGAPADIACHY, D. M., 2003. Interpersonal communication and psychology for health care professionals. V: MESNER, N., ur. *Medosebna komunikacija v zdravstvu*. Ljubljana: Educy, str. 249, 250
- SABBAGH, M. N., 2008. *The Alzheimer's Answer Reduce Your Risk and Keep Your Brain Healthy*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons
- SEDEJ KODELA, A., VIHTELIČ, S., 2004. Ohranjanje samostojnosti pri bolniku z demenco. V: PIŠLJAR, M., ur. *Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica, str. 55–62
- SERVELEN, V., 2009. *Communication skills for the health care professional: concepts, practice, and evidence*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett
- SEVER, A., ŠEŠOK, S., 2004. Nevropsihološka obravnava oseb z demenco. V: PIŠLJAR, M., *Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo: zbornik prispevkov, Idrija, 29. Oktober 2004*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica, str. 27–37
- STARC, J., 2009. Temeljne življenjske aktivnosti pri stanovalcu z demenco. V: BERKOPEC, M., ur. *1. dnevi Marije Tomšič: primeri dobre prakse v zdravstveni negi*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto, Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, str. 46

- STRIČEVIĆ, J., 2011. Profesionalni odnos medicinske sestre do pacienta. V: PEVEC, M., ur. *Jetrne bolezni v otroški dobi ; Aterosklerotična srčnožilna ogroženost otrok : zbornik predavanj / VIII. srečanje medicinskih sester v pediatriji*, 8. in 9. aprila 2011. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, str. 55–75
- STRIČEVIĆ, J., IVANC, Z., 2006. Besedne in nebesedne spretnosti pri sporazumevanju. V: PAJNKIHAR, M., LAHE, M., KAUČIČ, B., M., FILEJ, B., ur. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege- Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Založba Pivec, str. 68
- TRČEK, J., 1994. *Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura*. Radovljica: Didakta, str. 69
- TOMORI, M., ZIHERL, S., 1999. *Psihiatrija*. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta, str. 105
- ULE, M., 2003. *Spregledana razmerja : o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej, str. 114
- ULE, M., 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 29 in 239
- ULE, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, str. 8
- VEC, T., 2002. Dejavniki učinkovite komunikacije in komunikacijski zakoni. *Socialna pedagogika*, letn. 6, št. 1
- VELIKONJA, I., KERSNIK, J., OŠTIR, A., TOVORNIK, M., ZUPANČIČ, H., KURTIN, H., 2005. *Naj ostanejo takšni, kot jih poznamo: vodič za svojce in negovalce starostnikov z vedenjskimi in psihičnimi spremembami pri demenci*. Ljubljana: Janssen- Cilag, str. 5–11
- VOGRINC, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani, str. 15-25, 57-61, 99-118.
- ŽELEZNIK, D., 2006. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. V: FILEJ, B., KAUČIČ, B., M., LAHE, M., PAJNKIHAR, M., ur. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, str. 39
- ŽIVIČ, Z., 2004. Ko družinski član zboli za demenco. *Spominčica*, letn. 2, št. 6, str. 4

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Alzheimerjeva bolezen je ena najpogostejših bolezni v starosti. Zaradi motenj spomina, težav z govorom in sluhom idr., medicinske sestre pogosto naletijo na težave v komunikaciji pri starostnikih z Alzheimerjevo boleznijo. Pomembno je, da imajo ustrezno strokovno znanje in da obvladajo terapevtsko komunikacijo. Namen diplomske naloge je bil opisati proces komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z Alzheimerjevo boleznijo.

**Metode dela:** Namen raziskave je bil proučiti proces komunikacije med zdravstveno-negovalnim osebjem in starostniki z Alzheimerjevo boleznijo. Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvalitativnega raziskovanja. Kot instrument smo uporabili polstrukturirani intervju. V raziskavo smo vključili pet medicinskih sester, zaposlenih na varovanem oddelku v enem izmed slovenskih domov starejših občanov. Podatke smo analizirali s pomočjo induktivne metode.

**Rezultati:** Vse udeleženke intervjuja se starostniki z Alzheimerjevo boleznijo srečujejo vsakodnevno, saj so zaposlene na varovanem oddelku. Pri sporazumevanju uporabljajo dvosmerno komunikacijo, dokler je le to mogoče, do enosmerne komunikacije pa pride pri napredovali bolezni, zato je takrat še toliko bolj izrazita in pomembna telesna govorica. Največ težav v komunikaciji se pojavlja zaradi nerazumevanja starostnikov, naglušnosti in prizadetosti govornih sposobnosti ter motenj pomnjenja. Ukrep, ki pripomore k učinkoviti komunikaciji med medicinsko sestro in starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo je miren in počasen pristop, potrpežljivost in razumevanje pri delu, pozorno poslušanje starostnikov in postavljanje čim krajših in razumljivih vprašanj. Udeleženke intervjuja poudarjajo še odnos osebja do starostnikov, ki mora temeljiti na zaupanju in empatiji.

**Zaključek:** Pri pisanju diplomske naloge smo ugotovili, da je pri delu s starostniki z Alzheimerjevo boleznijo poleg dobrega poznavanja bolezni, pomembna tudi ustrezna komunikacija, kateri so udeleženke intervjuja dale velik pomen. Medicinska sestra mora pri delu s starostnikom z Alzheimerjevo boleznijo poznati načine ustrezne komunikacije ter obvladati tehnike terapevtske komunikacije. Zaradi dolgoletnih izkušenj s starostniki z AB se udeleženke intervjuja uspešno soočajo s težavami in ovirami, ki se pojavljajo pri komunikaciji s starostniki z AB.

**Ključne besede:** Alzheimerjeva bolezen, starostnik, komunikacija

## SUMMARY

**Theoretical background:** Alzheimer's disease is one of the worst mental illnesses and one of the most common ones in the old age. As the disease progresses the bodily and cognitive functions of an elderly person are increasingly disturbed. Nursing the elderly with Alzheimer's is extremely difficult and demands a lot of time and patience. A nurse will often have trouble communicating with the elderly with Alzheimer's; therefore, it is important that she has proper theoretical knowledge and is effective in therapeutic communication.

**Methods:** the research was based on the descriptive method of qualitative research. The instrument in this research was a half-structured interview. The questions revolved around the topics of the communication of the elderly with Alzheimer's, the difficulties which occur in the communication and solving the latter problems. The research included 5 nurses employed in the secured department of one of the Slovenian homes for the elderly.

**Results:** all the participants in the interviews have been facing the disease on daily basis, as they are employed in the secured department of one of the Slovenian homes for the elderly. In communicating with the elderly they use the two-way communication for as long as possible; one-way communication enters when the disease progresses. At that point it is important that expressive body language comes into use. The majority of problems in communication occurs due to non-understanding of the elderly because of their hearing and speech impairment and memory loss. One of the measures which makes the communication between a nurse and an elderly with Alzheimer's more effective is a calm and slow approach, patience and understanding, attentive listening of the elderly and setting short and understandable empathies.

**Conclusions:** effective and quality communication is based on the understanding of Alzheimer's disease by a nurse. The latter must be familiar with the appropriate communication and the techniques of therapeutic communication. Proper communication with the elderly with Alzheimer's is of key importance for developing a relationship between a nurse and a patient.

**Key words:** Alzheimer's disease, elderly, communication



## ZAHVALA

Diplomska naloga predstavlja konec velikega obdobja v življenju posameznika, obenem pa predstavlja tudi začetek nekega novega in velikega poglavja, v katerega stopamo večji in močnejši.

Zame je diplomska naloga rezultat pridnosti, požrtvovalnosti in odrekanj v času študija, hkrati pa obilica novih spoznanj in izkušenj, ki so mi dandanes v pomoč pri dedku, ki ima Alzheimerjevo bolezen.

V prvi vrsti se zahvaljujem že omenjenemu atu Valentinu, ki mi je dal navdih in inspiracijo za pisanje diplomske naloge. V isti vrsti se zahvaljujem tudi svoji družini, za potrpežljivost in ljubezen s katero so mi v dobrih in slabih trenutkih stali ob strani v času študija, ter za vso finančno podporo, tekom izobraževanja. Brez njih mi ne bi uspelo.

Za potrpežljivost in prenašanje vseh mojih muh v času pisanja diplomske naloge se iskreno zahvaljujem tudi svojemu partnerju Mateju, saj sem bila v tem času večkrat naporna. Zahvaliti se mu moram tudi za vso moralno podporo, spodbudo in motivacijo, ki mi jo je nudil pri zaključevanju študija in pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se tudi svojim prijateljicam Kristini, Barbari, Olgi, Niki J. in Vidi, ki so me pri pisanju diplomske naloge krepile in me spodbujale, da sem prišla do zaključka te poti.

Diplomske naloge pa mi ne bi uspelo napisati brez mentorice, doc. dr. Katarine Babnik in somentorice, Doroteje Rebec, mag. zdr. neg., pred. Iskrena hvala za sprejeto mentorstvo, ponujeno strokovno pomoč, dane napotke pri nastajanju diplomskega dela, prijazne in spodbudne besede, predvsem pa za vztrajnost, prijaznost in posvečen čas.

Iskrena hvala tudi Tini Blatnik, ki je pripomogla h končnemu izdelku, z lektoriranjem besedila.

Iskrena hvala vsem.

## PRILOGE

Priloga 1: Prva in zadnja stran iz spominskega albuma mojega ata



Vir: Osebni arhiv, dovoljenje za objavo slik so podali sinovi pokojnika



JAZ  
in  
LUN  
april 2015

Vir: Osebni arhiv, dovoljenje za objavo slike so podali sinovi pokojnika

---